

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL



Índice

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL	1
TÍTULO I: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS	4
ARTÍCULO 1º: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SALUD	4
ARTÍCULO 2º: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SALUD E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS	4
TÍTULO II: BENEFICIOS LEGALES	5
ARTÍCULO 3º: BENEFICIOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS	5
ARTÍCULO 4º: LEY RICARTE SOTO	5
ARTÍCULO 5º: ATENCIONES DE EMERGENCIA O URGENCIA CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA GRAVE	5
ARTÍCULO 6º: BENEFICIARIO QUE ADQUIERE LA CALIDAD JURÍDICA DE COTIZANTE	6
ARTÍCULO 7º: FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE	6
TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES	6
ARTÍCULO 8º: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO	6
ARTÍCULO 9º: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO GRUPAL Y COMPENSADO	7
ARTÍCULO 10º: MODIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO A PETICIÓN DEL AFILIADO	8
ARTÍCULO 11º: MODALIDADES DE PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS	8
ARTÍCULO 12º: ARANCEL DE PRESTACIONES	9
TÍTULO IV: OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO	9
ARTÍCULO 13º: OBLIGACIONES DEL AFILIADO	9
ARTÍCULO 14º: DECLARACIÓN DE SALUD	10
ARTÍCULO 15º: EXCLUSIONES DE COBERTURA	10
ARTÍCULO 16º: RESTRICCIÓN DE COBERTURA	10
ARTÍCULO 17º: ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES NO DECLARADAS	11
ARTÍCULO 18º: CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD	11
ARTÍCULO 19º: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU REAJUSTABILIDAD	12
ARTÍCULO 20º: MONTO, DECLARACIÓN Y PAGO DE LA COTIZACIÓN PARA SALUD	12
ARTÍCULO 21º: EXCEDENTES DE COTIZACIÓN	13
ARTÍCULO 21 BISº: EXCESOS DE COTIZACIÓN	13
ARTÍCULO 22º: ADECUACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD	13
ARTÍCULO 22º BIS: ADECUACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SALUD	13
DISPOSICIONES FINALES	14
ARTÍCULO 23º: AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO	14
ARTÍCULO 24º: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS	14
ARTÍCULO 25º: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES	14
ARTÍCULO 26º: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO	14

GES – AUGE: Condiciones para acceder a la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud	15
PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°72, DE 2022, DE SALUD Y HACIENDA ⁹⁵	17
Condiciones de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas en Chile	19
ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC	19
ARTICULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC	24
ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES	24
ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE	25
LISTADO DE ANEXOS	26
Procedimiento para solicitar el ingreso a la red cerrada de atención	26
Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre	30
Mandato	31
Pagaré	32
Convenio de Pago	33
Autorización de descuento	34
Mandato autorización de cargo	35
Condiciones particulares Plan Preventivo Isapres (PPI)	36
ANEXO N°1	42

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. N°1 de 2005, de Salud, que sólo aplica a las Isapres cerradas.

Los beneficiarios del Contrato de Salud tienen derecho, según 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 seis años, y al pago de subsidios por incapacidad laboral.

TÍTULO I: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1º: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SALUD

Son beneficiarios del presente Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) Los familiares beneficiarios del cotizante (cargas legales), 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.
- 4) Los beneficiarios cotizantes, que son aquellas personas que, aun percibiendo una remuneración o pensión afecta a la cotización legal, se incorporan a la Isapre como cargas - ya sea medicas o legales-, por la aceptación de esta.

Todos los beneficiarios de este Contrato deberán consignarse 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, debiendo este, cuando proceda, enterar sus cotizaciones de salud en la Isapre. Una vez adquirida la calidad de carga médica, esta se mantendrá vigente mientras no exista un acuerdo expreso entre la Isapre y el afiliado para su retiro, o hasta que el propio beneficiario manifieste expresamente su voluntad de dejar de ser carga.

Se entenderá que no adquieren la calidad de cotizantes, aquellas cargas legales cuyos ingresos afectos a cotización legal sean inferiores al 50% del ingreso mínimo mensual o, independientemente de su monto, provengan de una pensión de orfandad o de labores remuneradas desempeñadas por un periodo no superior a tres meses en cada año calendario. En tales casos, estas personas permanecerán como beneficiarios cotizantes en el mismo contrato, enterando las cotizaciones que corresponda en la Isapre.

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 tras un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y si este no está 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 la de la inscripción en que se produzca la inscripción, y en este caso se llenará una Declaración de Salud.

ARTÍCULO 2º: 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 está consignada en el Formulario Único de Notificación, y sus beneficios tendrán vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción de este, salvo pacto de vigencia anticipada de beneficios, del que se dejará constancia en el F.U.N. 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, el mes de suscripción 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 3º: 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 N° 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 solo podrá variar cada tres años, contados desde que la vigencia el decreto respectivo. No obstante, podrá modificarse antes si dicho decreto es revisado en un plazo menor. Dicho precio será verificado por la Superintendencia de Salud.

Las exclusiones y restricciones de cobertura indicadas en los artículos 15°, 16° 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 seis años.

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 N°s. 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 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 contemplada en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

Lo anterior no será aplicable a los planes complementarios cuya bonificación este definida en copago fijo o a través de mecanismos de pago al prestador por paquetes de prestaciones, tales como pago asociado al diagnóstico (PAD) o grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). En ningún caso, la cobertura que otorgue la Isapre podrá ser inferior a aquellas que otorgue el Fonasa por la misma prestación contenida en los mencionados mecanismos de pago.

ARTÍCULO 4º: LEY RICARTE SOTO

La ley N°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 sistemas 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 a sus beneficiarios respecto del Sistema de Protección Financiera que crea la ley N°20.850 y su funcionamiento.

ARTÍCULO 5º: ATENCIONES DE EMERGENCIA O URGENCIA CON RIESGO DE MUERTE O DE SECUELA GRAVE

Tratándose de atenciones de urgencia o emergencia, esto es, aquellas condiciones de salud o cuadros clínicos, contenidos en el Reglamento sobre Condiciones Clínicas Generales y Circunstancias para Certificar Estado de Emergencia o Urgencia (Decreto 34, de 2022, del Ministerio de Salud), o el instrumento que lo reemplace, que involucren estado de riesgo de muerte o riesgo de secuela grave de una persona y que requieran atención médica inmediata e imposterizable, 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 la Isapre de inicio al procedimiento de retiro de un beneficiario que adquiera la calidad jurídica de cotizante, este 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 podrá 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 aquél 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 aquél, 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 Tabla de Factores Única, 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 el nuevo Contrato suscrito, no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones, que las 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:** cuya estructura solo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud mediante prestadores individualizados en el plan, sin 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.

En el Plan de Salud Complementario se identifica el nombre del o los prestadores institucionales con los que se otorgarán las prestaciones, sean ambulatorias u hospitalarias, y los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, al 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 D.F.L. 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 9º: 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 son 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 de estos hechos o circunstancias cuya variación o alteración o término del plan grupal, indicando los requisitos que debe reunir la población cotizante para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

Cuando, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones en las que se otorgaron, solo podrá originar 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 con la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de modificarse su Contrato. Isapre deberá proceder, si el término del Plan de Salud Complementario grupal, para el afiliado, tiene su origen en el término de su relación laboral con la empresa, desde 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 con lo que a continuación se expresa:

i. Modificación del Plan de Salud Complementario grupal: Si se modifica 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 esto a todas las afiliadas o afiliados, para poder convenir con los cotizantes la modificación del monto de la cotización pactada o de los beneficios convenidos, lo que deberá aceptarse.

Esas modificaciones se formalizarán 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 representadas para negociar las modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia 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 deberá contemplar el Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la Isapre y que tenga el precio más ajustado al monto de la cotización legal correspondiente a la remuneración del trabajador al terminar 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 vigor 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 aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la Isapre.

iii. 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.

Si la compensación termina, la Isapre comunicará al cotizante compensado, por escrito, dicha terminación y la opción de mantener el plan al que 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 terminar la compensación, o 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 vigor de los beneficios del nuevo plan. El Plan de Salud Complementario compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la Isapre.

ARTÍCULO 10º: MODIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO A PETICIÓN DEL AFILIADO

La Isapre ofrecerá un nuevo Plan de Salud Complementario si el afiliado lo requiere 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 de 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 el 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 reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- b) Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- 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. N° 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.

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 directamente al prestador individual o institucional, solicitando a la Isapre el pago o reembolso de la bonificación correspondiente por tal prestación, según su Plan de Salud Complementario.

El beneficiario debe entregar a la Isapre la factura original del prestador individual o institucional u otros documentos que den cuenta del pago, 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 se solicitará en 60 días corridos, contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura, y si tal documento se ha emitido por prestaciones otorgadas dentro del período de vigencia de beneficios.

El reembolso se efectuará mediante dinero efectivo, cheque u otro medio, 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.

Cuando 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 en 60 días corridos, contado desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según el caso.

En todo caso, la Isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de 60 días corridos, contado 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 Órdenes 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 comunicación deberá entregarse personalmente al interesado o remitirse al cotizante, por carta certificada, al último domicilio registrado en la Isapre, según lo establecido en el artículo 13 de este Contrato, y complementariamente por correo electrónico, de acuerdo a las instrucciones vigentes sobre la materia.

ARTÍCULO 12º: 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 se utilizará para determinar las prestaciones del Contrato de Salud y la cobertura correspondiente, y se reajustará en la forma y condiciones del Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá identificarse en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose la unidad expresada.

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

ARTÍCULO 13º: 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 fidedigna la información que la Isapre requiera en la Declaración de Salud, de su situación personal y de cada beneficiario. Por enfermedades o condiciones de salud preexistentes, la información completa y verdadera deberá proporcionarse al suscribir el Contrato de Salud o la incorporación del beneficiario, cuando este fuere posterior.
- c) Dar cuenta a la Isapre por escrito y dentro del más breve plazo, del 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 obtenidos 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 la documentación requerida sobre 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) En caso de que el afiliado haya autorizado expresamente el uso del correo electrónico como medio de notificación, deberá informar a la Isapre cualquier cambio en la dirección de correo electrónico registrada para tal efecto.

ARTÍCULO 14°: DECLARACIÓN DE SALUD

Las enfermedades o condiciones de salud físicas preexistentes 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, según 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), diagnosticadas al beneficiario hasta el final de su período neonatal. En estos casos, la Isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación.

De acuerdo a la Ley 21.258, se prohíbe la solicitud de información oncológica o la declaración de haber padecido una patología oncológica cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Se entiende por "finalización del tratamiento radical" el momento en que se ha completado la última fase del tratamiento curativo (no preventivo ni paliativo) del cáncer al que se hubiesen sometido potenciales cotizantes o personas beneficiarias.

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 para embellecimiento las cirugías plásticas destinadas a corregir malformaciones o deformaciones de la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni las destinadas a reparar deformaciones sufridas por un accidente, ni las que tengan una finalidad 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.

Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, salvo que el Plan de Salud Complementario indique lo contrario, caso en el que se cubrirá en los términos y condiciones que allí se convengan.

h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este caso ambulatorios, 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) 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 el 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 dieciocho 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: El otorgamiento de la cobertura de las prestaciones asociadas al parto, no podrá estar condicionado a la circunstancia de haber sido conocido o no el estado de embarazo al momento de la suscripción o de la incorporación de la beneficiaria. La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto será como mínimo, equivalente a la proporción resultante entre el 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 alguna de las siguientes causales:

a) 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 DFL 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 comunicar al afectado del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, en los tres meses siguientes desde 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 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 indicado. 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.

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.

c) 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 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 desafilarse; su nombre completo; el número de su cédula nacional de identidad; su domicilio; si ingresará al Fonasa o a una isapre; fecha y firma, ya sea manual o electrónica.

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.

d) 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.

e) **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.

f) Mutuo acuerdo.

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

h) Cierre del registro de la Isapre.

i) Desahucio del afiliado solicitado 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 Única por edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar.

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 Única 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 debido a 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. El empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario, según el caso, deberá declarar y pagar la cotización para salud del afiliado, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquél en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si el plazo expira en 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. Cuando el empleador declara y paga las cotizaciones por un medio electrónico, el plazo será hasta el día 13 de cada mes, aunque este sea el sábado, domingo o festivo. Para efectos del pago, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En el caso de las cargas nonatas y de aquellas menores de 2 años, la Isapre deberá suspender el cobro del precio, conforme a lo establecido en la letra c) del artículo 1 que precede.

En caso de no pagar la cotización pactada para salud, la Isapre informará al afiliado tal circunstancia, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, en los tres meses siguientes desde que no se pague 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. Cuando el cotizante dependiente perdiera su calidad por cualquier causa, se considerará a efectos de este Contrato como afiliado en situación de cesantía, y 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

Cuando se produjeran excedentes de la cotización legal sobre el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan, serán inembargables y de propiedad del afiliado e incrementarán una cuenta corriente individual que la Isapre abrirá en favor del afiliado, cuyos fondos 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 los 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.

Anualmente la Isapre deberá devolver al afiliado el saldo acumulado en su cuenta individual de excedentes que no haya sido requerido para alguno de los fines indicados en el inciso cuarto.

ARTÍCULO 21 BIS°: EXCESOS DE COTIZACIÓN

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

Los montos que la Isapre perciba por concepto de cotización en exceso están 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 considerarán 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 verificada por la Superintendencia de Salud y 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 ofrecerá uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que el precio del plan corresponda al de menor precio en la Isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezca, o bien, desafilarse.

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

ARTÍCULO 22° BIS: 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 caso de término del convenio entre la Isapre y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, la Isapre podrá adecuar el plan en las respectivas anualidades de los contratos de salud, 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 modificar los beneficios contractuales de mutuo acuerdo de las partes, lo que originará la suscripción de un nuevo plan de salud complementario de entre los que se encuentre comercializando la Isapre.

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 23º: 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 facultad para requerir de los prestadores, sean estos públicos o privados, la entrega de la sola 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 que no se ajuste a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes, inscrito en un registro que 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 24º: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS

La Isapre está afectada 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 caso, actuará como árbitro arbitrador y resolverá las controversias que queden en la esfera de supervigilancia y control de la Superintendencia, sin perjuicio de que el afiliado pueda 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 25º: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

ARTÍCULO 26º: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO

Con fecha __ del mes de _____ del año _____ se suscribe 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

GES – AUGÉ: Condiciones para acceder a la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

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, el Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud, y en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las referidas Garantías.

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 los beneficiarios. Estas garantías pueden variar para una misma prestación según criterios generales, como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas pertinentes.

Segundo: Cobertura

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas en las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán las condiciones y cobertura de los planes de salud complementarios que tengan los afiliados al requerir dichas atenciones. El afiliado y beneficiario tiene, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan 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, cuyo anexo, a su vez, determina el Listado Específico de Prestaciones garantizadas. 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 con el 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 al afiliado o beneficiario, lo que deberá acreditarse la Isapre.

Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el afiliado 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 los afiliados y beneficiarios en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 7° 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), los afiliados y beneficiarios podrán solicitar la activación del beneficio a través de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita efectuar la activación de las GES de modo remoto, debiendo presentar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas. Sin perjuicio de ello, dicha activación se puede realizar en cualquiera de las sucursales de la Isapre; mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo. El beneficiario deberá atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no registrarán 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, el afiliado o beneficiario 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 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 complementario.
6. Los prestadores de salud deberán informar a los afiliados 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 afectado 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 ciento ochenta 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 todos los beneficiarios de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Octavo: Cobertura financiera adicional

Sin perjuicio de lo que señale el reglamento que se dicte al efecto, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas:

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 los afiliados 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 afiliado o a sus beneficiarios. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.
3. En caso de existir más de un evento, que afecte al afiliado o a uno o más beneficiarios, en doce meses, contados desde que se devenga el primer copago, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.
4. El deducible deberá acumularse en un período máximo de doce meses y se computará desde que el beneficiario 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 doce 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 paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.
7. El médico tratante del establecimiento determinará el momento desde el que el paciente puede ser trasladado.
8. Si el 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 paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.
9. Si el 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.

Noveno: El Decreto Supremo N°72, de 2022, 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 2022.

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°72, DE 2022, DE SALUD Y HACIENDA ⁹⁵

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías Congénitas Operables en personas menores de 15 años
3. Cáncer Cérvicouterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto Agudo del Miocardio
6. Diabetes Mellitus Tipo 1
7. Diabetes Mellitus Tipo 2
8. Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias Espinales
10. Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
12. Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
19. Infección Respiratoria Aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de Parto Prematuro
25. Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer Gástrico
28. Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía Diabética
32. Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas
36. Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más
37. Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más
38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma Bronquial Moderada y Grave en personas menores de 15 años
40. Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más.
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis Quística

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°22, DE 2019, DE SALUD Y HACIENDA ⁹⁵

52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis crónica por virus Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de Hipoacusia Moderada, Severa y Profunda en Personas Menores de 4 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más
82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más
83. Cáncer renal en personas de 15 años y más
84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más
85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias
86. Atención integral de salud en agresión sexual aguda
87. Rehabilitación SARS COV-2

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 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 adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:

El Anexo N° 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo N° 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.

ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

Este beneficio aumenta la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, y en el de las ambulatorias expresamente indicadas en este instrumento, que se otorgan 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 la 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 N° 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 N° 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 agencias de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la RED y las condiciones de acceso a ella.

b) 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.

c) 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 complementario y pagos efectuados fuera de la RED, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

d) 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.

Los diagnósticos indicados en el decreto de la GES, aplicable a efectos de GES-CAEC y de la Organización Mundial Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

e) 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, o sea, se acumula durante un año contabilizado desde que el beneficiario registre el copago devengado¹¹³ por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica según el número 3 de este 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 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y si se produce una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, directamente o financiado según 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 se necesita completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por el 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 calcular el deducible, se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta tenga al último día del mes anterior a la de la prestación que da origen al copago correspondiente.

La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

a) Planes individuales pactados en unidades monetarias: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al plan complementario vigente.

b) Planes individuales y grupales en el porcentaje de la cotización legal: Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y solo para cálculo, la cotización vigente se determinará según el promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en caso de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes anterior a la solicitud de este 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.

Si no hay información en el aludido período de 6 meses, se considerará el 7 % aplicado al último dato de la renta imponible declarado o pagado.

c) Planes individuales compensados, grupales o matrimoniales: Para determinar la cotización vigente a utilizar para definir el deducible, se calculará el monto según el precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, según el procedimiento aplicado para determinar 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 complementario de salud, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla la Ley 18.933 en su artículo 22. 114.

Solo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de esta cobertura según las condiciones señaladas y designará la Isapre 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. Solo 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 de 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.

El beneficio adicional 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.115

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 sí 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 N° 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 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 ubicados en el territorio nacional.

Asimismo, más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre podrá cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando 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 abdominoplastia 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 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 los Artículos 33° letra f 116 para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis 117 respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos de la ley 18.933 de Isapre.

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 devengado, 118 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 dos 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 si correspondiere. 119
- 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 provisional 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 N° 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 N° 4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo N° 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 N° 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 N° 6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo N° 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 120 y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos. 121
- 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. 122
- 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 antibióticos. 123

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 N° 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 N° 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante regirá la cobertura establecida en este documento.

ARTICULO 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 la ley 19.966 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 Complementario de salud, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en la 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 la 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 complementario de salud. 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 complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para la 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 la 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 la ley 19.966, 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 la GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan Complementario, quedando excluido de las coberturas 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

Aun 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 38° 124 de la Ley N° 18.933, 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 en la 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 la Ley N° 18.933 y la ley N° 19.937.-

Nombre
Rutafiliado
Firma

Firma habilitado Isapre

LISTADO DE ANEXOS

- N° 1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED
- N° 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE
- N° 3: MANDATO
- N° 4: PAGARÉ
- N° 5: CONVENIO DE PAGO
- N° 6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO
- N° 7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO N°1

Procedimiento para solicitar el ingreso a la red cerrada de atención

1. El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.
2. Deberá llenar y firmar el formulario N° 1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario N° 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 N° 2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberán 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.

Solicitud de incorporación a la red cerrada de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas CAEC y GES-CAEC

N° solicitud

A. Antecedentes del Afiliado o Beneficiario

Nombre del afiliado:		RUT del afiliado:	
Nombre del paciente:		RUT del paciente:	
Domicilio			Ciudad:
Teléfono casa:		Teléfono oficina:	
		Celular:	
Diagnóstico GES:			
Diagnóstico CAEC:			
Tratamiento a seguir:			
Médico tratante:		Especialidad:	
Institución:			
Hospitalizado	Sí ☐ No ☐	Desde	Hasta
Institución:			
Fue trasladado	Sí ☐ No ☐	Desde	Hasta

B. Identificación del representante

Nombre:			
RUT:		Relación:	
Teléfono casa:		Teléfono oficina:	
		Celular:	

IMPORTANTE

Isapre Esencial, 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 afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N°2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento

Firma

Agencia	
Funcionario receptor	

Fecha recepción	
Hora recepción	

Derivación a la red cerrada de atenciones para enfermedades catastróficas (CAEC)

Isapre Esencial 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 este 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
Observaciones:			

Nombre del afiliado:

RUT del afiliado:

Nombre del paciente:

RUT del paciente:

Diagnóstico CIE 10:

Tratamiento indicado:

Fecha de solicitud CAEC:

Monto deducible:

Fecha V° B°:

Fecha Inicio Beneficios:

FORMULARIO N°2

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN LA 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 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 abdominoplastia 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 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, entendiéndose por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades de Catastrófica no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f 125 y 33° bis126 de la Ley 18.933 para los casos de enfermedades preexistentes declaradas o en el período que le reste al beneficiario para cumplir dicho plazo, según la fecha de suscripción de su contrato.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre Esencial, y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades de Catastrófica, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

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.

Timbre de Caja

Firma

ACEPTO INGRESO A LA RED

Firma de familiar responsable

Nombre:

RUT:

ANEXO N°2

Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la Isapre:

Para acceder al financiamiento por parte de la Isapre del deducible a que se alude en la letra e) del numerando 2°, artículo I del documento denominado "Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas", el solicitante debe cumplir los siguientes requisitos copulativos, según sea el caso.

1. Trabajador Dependiente y Pensionado:

- a) Tener incorporada la cobertura adicional para enfermedades de Catastrófica.
- b) Encontrarse aquejado por una enfermedad catastrófica, conforme a la definición señalada en el numerando 2° letra d) de este condicionado.
- c) Tener contrato de salud vigente con la Isapre.
- d) Tener una antigüedad mayor de un año en el empleo, a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible.
- e) No registrar anotaciones en el boletín comercial vigente ni en el boletín histórico del último año.
- f) Tener un aval o codeudor solidario que reúna los requisitos de tal, según parámetros exigidos por la Caja de Compensación que registra el mayor número de trabajadores afiliados.
- g) En el caso de trabajador dependiente y pensionado, la cuota mensual del servicio del crédito junto a sus restantes compromisos financieros, exceptuando el hipotecario, no podrá exceder del 25% de la remuneración o pensión líquida mensual. Tratándose de rentas variables, se considerará el promedio de las últimas 3 remuneraciones o pensiones líquidas mensuales.

2. Trabajador Independiente y Voluntarios:

- a) Estos deben cumplir con los mismos requisitos establecidos en las letras a), b), c), e) y f) precedentes.
- b) Acreditar renta o ingresos periódicos mediante declaración de impuestos u otros medios.
- c) Los trabajadores independientes y voluntarios deben estar al día en el pago de sus cotizaciones de salud.

ANEXO N°31**Mandato**

En _____, a ____ de _____ del _____, Don (a) _____ (en adelante el "Mandante"),
Cédula Nacional de Identidad N° _____, domiciliado en esta ciudad en calle _____, N° _____, 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 N° 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 uno 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 N° 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. Este mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, salvo que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el Mandante se extinguirá solo una vez que pague 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

ANEXO N°32**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 N° 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 _____ N° _____, 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° N° 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor: _____

Nombre o Razón Social del Suscriptor: _____

RUT N°: _____

Domicilio: _____

AUTORIZACIÓN NOTARIAL (uso exclusivo notario)

Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____, cédula de identidad n° _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

NOTARIO

Convenio de Pago

En _____, a ____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el "Cotizante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la "Isapre"), Rol Único Tributario N° _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad N° _____, 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 32° bis127 de la Ley N° 18.933; 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 N° _____ 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 _____ N° _____, 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

Autorización de descuento

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Trabajador" (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad N° _____, 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 descuenta 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
(Entidad Pagadora de la pensión)

Trabajador
(Pensionado)

NOTA:

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

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 el Mandatario no haya(n) sido cargada(s) por cualquier causa, el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o 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 particulares Plan Preventivo 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, ordenados de acuerdo a lo siguiente: Programa Preventivo del Niño, Programa Control del Embarazo y Programa Preventivo del Adulto y del Adulto Mayor.

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 las GES que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario decidirán cuándo 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 la GES, este Plan Preventivo de Isapres lo complementa y amplía.

La cobertura financiera para el Plan Preventivo de Isapres será de un 100% del valor de las prestaciones.

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 incluidas voluntariamente por las Isapres -adicionales a las definidas legal y reglamentariamente- será revisada durante el mes de mayo de 2009, pudiendo la Isapre excluir o reemplazar dichas prestaciones a contar de esa fecha.

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 mediante establecimientos ubicados en territorio nacional y referidos expresamente por la Isapre. El traslado del beneficiario al prestador referido, es de su cargo y responsabilidad.
3. Las coberturas del PPI se aplicarán a los exámenes y prestaciones asociadas a dicho plan.
4. 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

Las prestaciones del Plan Preventivo de Isapres no tienen 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 incorporados en el contrato de salud previsional vigente.

SÉPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS

El Plan Preventivo de Isapre (PPI) está organizado en tres programas, de acuerdo al grupo de población que corresponda: Programa del Niño, Control del Embarazo y Programa del Adulto y Adulto Mayor:

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 INMUNIZACIONES PAI.

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

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

En cada control se cumplirán las actividades detalladas en el Anexo N° 1 “Objetivos según control”.

RECIÉN NACIDOS

7.1.2 FENILKETONURIA

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

7.1.3 HIPOTIROIDISMO CONGENITO

- **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:** Examen clínico: 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 o ultrasonografía de cadera.
- **Frecuencia:** Una vez en el período, preferentemente a los tres meses de edad.
- **Beneficiario:** Lactante.

Durante el control descrito en el punto 7.1.1. (a los 2 meses de edad), se dará orden de realización de radiografía de pelvis para lactantes, se evaluará presencia de hernias y se derivará en caso de ser necesario. Una vez producida la derivación, se aplicará la cobertura del plan para las prestaciones requeridas a contar de dicha oportunidad.

NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS DE EDAD

7.1.6 SOBREPESO Y OBESIDAD

- **Examen:** Medición del peso y talla.
- **Frecuencia:** Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.
- **Beneficiario:** Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad.

7.1.7 AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y DEFECTOS EN LA AGUDEZA VISUAL

- **Examen:** Aplicación de cartilla LEA
- **Frecuencia:** Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.
- **Beneficiario:** Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

7.1.8 DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES

- **Examen:** Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales
- **Frecuencia:** Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años de edad.
- **Beneficiario:** Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

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, urocultivo 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 de al menos 8 horas.
- **Frecuencia:** En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
- **Beneficiario:** Mujeres Embarazadas.

7.2.3 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

- **Examen:** Test de Elisa para VIH en sangre. Debe realizarse siempre con consejería previa, de manera voluntaria y con consentimiento informado (ley N°19.979, 2001).
- Consejería previa al examen y consejería post examen en las embarazadas con VIH positivo.
- **Frecuencia:** Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre.
- **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:** Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre.
- **Beneficiario:** Embarazadas que acepten realizarse el examen.

7.2.5 INFECCIÓN URINARIA

- **Examen:** Urocultivo.
- **Frecuencia:** En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
- **Beneficiario:** Mujeres 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:** Mujeres 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:** Mujeres Embarazadas.

7.2.8 BEBER PROBLEMA

- **Examen:** Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT). 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:** Mujeres 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 realiza el control del embarazo.
- **Frecuencia:** En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas.
- **Beneficiario:** Mujeres Embarazadas.

7.3 PROGRAMA DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR

El programa del adulto tiene por propósito promover hábitos saludables, detectar adicciones de alcohol y tabaco. Controlar obesidad, hipertensión y niveles de colesterol, tiene por propósito 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, una vez por año, salvo lo expresamente indicado, revisando y efectuando lo siguiente:

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD

7.3.1 PROMOCIÓN DEL EJERCICIO

- **Examen:** Consejería.
- **Beneficiario:** Personas de 15 años de edad y más.

7.3.2 BEBER PROBLEMA

- **Examen:** Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y consejería respecto de terapia.
- **Frecuencia:** Cada 3 años.
- **Beneficiario:** Personas de 15 y más años de edad.

7.3.3 TABAQUISMO

- **Examen:** Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's según guía clínica y consejería breve.
- **Frecuencia:** Se recomienda cada 3 años.
- **Beneficiario:** Personas de 15 y más años de edad.

7.3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD

- **Examen:** Medición de Peso y Talla para Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunferencia de cintura (CC) para detectar a 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:** Se recomienda cada 3 años.
- **Beneficiario:** Personas de 15 y más años de edad.

7.3.5 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- **Examen:** Medición estandarizada de la presión arterial.
- **Frecuencia:** Se recomienda cada 3 años.
- **Beneficiario:** Personas de 15 y más años de edad.

7.3.6 DIABETES MELLITUS

- **Examen:** Glicemia en ayunas de al menos 8 horas.
- **Beneficiario:** Personas de 15 y más años de edad con factores de riesgo mayores de 40 años de edad, obesos o antecedentes familiares directos en diabetes en padre, madre o hermanos.

7.3.7 SÍFILIS

- **Examen:** Examen de VDRL en sangre o RPR en sangre.
- **Frecuencia:** Beneficiarios con conductas u otros factores de riesgo una vez al año.
- **Beneficiario:** Embarazadas y personas con conductas u otros factores de riesgo.

7.3.8 TUBERCULOSIS

- **Examen:** Baciloscopia a toda persona con tos productiva por más de 15 días al momento del examen.
- **Beneficiario:** Personas mayores de 15 años de edad con síntomas respiratorios por 15 días o más.

7.3.9 CÁNCER CERVICOUTERINO

- **Examen:** Toma de Examen de Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.
- **Frecuencia:** Una vez, cada 3 años.
- **Beneficiario:** Mujeres de 25 a 64 años de edad y entre 18 y 24 años de edad con vida sexual activa.

PERSONAS DE 40 Y MAS AÑOS DE EDAD

7.3.10 DISLIPIDEMIA

- **Examen:** Medición del Colesterol Total. Consejería por parte de Nutricionista si corresponde.
- **Frecuencia:** Anual.
- **Beneficiario:** Hombres y mujeres de 40 y más años de edad.

MUJERES DE 50 Y HASTA 59 AÑOS DE EDAD

7.3.11 CÁNCER DE MAMA:

- **Examen:** Mamografía cada 3 años.
- **Beneficiario:** Mujeres de 50 y hasta 59 años de edad.

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

7.3.12 EVALUACIÓN FUNCIONAL PARA UNA VIDA AUTOVALENTE

- **Examen:** Cuestionario estandarizado, evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) y consejería.
- **Frecuencia:** Anual.
- **Beneficiario:** Beneficiarios mayores de 64 años de edad.
Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición, y derivación a GES si corresponde.

MAYORES DE 35 AÑOS DE EDAD

7.3.13 PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN POBLACION DE RIESGO

- **Examen:** Consejería respecto de hábitos saludables, alimentación, consumo de ácido acetilsalicílico y otros.
- **Beneficiario:** Mayores de 35 años de edad.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

7.3.14 PROMOCIÓN CONSUMO DE ÁCIDO FOLICO, FIERRO Y CALCIO:

- **Examen:** Campaña de información a grupos específicos.
- **Beneficiario:** Mujeres en edad fértil.

ANEXO N°1**Objetivos según control**

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 anomalías de cualquier naturaleza, sería referido a su pediatra.

A los 2 meses se realizaría el control del peso, talla y circunferencia craneana -CC-, evaluación del desarrollo psicomotor y referencia a vacunación. Evaluación de audición. Se daría orden de realización de Radiografía de pelvis para lactantes. 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.

A los 4 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. 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.

A los 6 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. 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.

A los 12 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. 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.

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

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

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. Aplicación de cartilla LEA.

A los 4 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Control de PA. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Derivación a dosis 4 años. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.

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

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 de consumo de alcohol y drogas. Evaluación de agudeza visual.

En caso de detectarse anomalía del desarrollo y/o resultados de exámenes, se remitirá al paciente a médico pediatra. 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.