



COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES



CONTENIDO

Capítulo I Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional.....	5
1. Introducción	5
2. Disposiciones Generales	5
3. Plan de Salud	6
4. Beneficiarios	6
5. Prestaciones y Beneficios.....	7
6. Exclusiones y Otras Restricciones	8
7. Precio del Plan.....	9
8. Arancel Referencial	10
9. Revisión del Contrato	10
10. Obligaciones del Cotizante	10
11. Término del Contrato	10
12. Fiscalización y Arbitraje	13
13. Fecha y Firma de las Partes Contratantes	14
14. Declaración de Salud.....	14
Capítulo II Plan de Salud Complementario	14
Título I Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario	14
1. Contenido del plan de salud complementario	14
2. Formato del plan de salud complementario.....	15
3. Estipulación referida a los montos máximos.....	15
4. Estipulación referida al precio	15
Título II Instrucciones Especiales para Planes Grupales	16
1. Definición.....	16
2. Contratación de un plan grupal	16
3. Cese de las condiciones de vigencia del plan grupal	17
4. Retiro de un afiliado del plan grupal.....	18
5. Caso del cotizante que fallece	19
6. No incorporación o suspensión de la CAEC en los planes grupales.....	19
Título III Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes	21
1. Ámbito de Aplicación.....	21
2. Prestadores	21
3. Médico de Cabecera	22
4. Tiempos de Espera	23
5. Configuración de los Planes	23
6. Atenciones de Urgencia y Derecho a Traslado	24
7. Modificación especial del plan cerrado o del plan con prestador preferente.....	25

Título IV Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes con Cobertura Reducida de Parto	26
1. Transparencia de los Planes con Cobertura Reducida de Parto.....	26
2. Modificación de un Plan con Cobertura Reducida de Parto	26
ANEXOS	27
Anexo N° 1 Plan Libre Elección	27
Anexo N° 2 Instrucciones de llenado del Plan de Salud Libre Elección	29
Anexo N° 3 Plan con Prestadores Preferentes	32
Anexo N° 4 Instrucciones de llenado del Plan de Salud con Prestadores Preferentes..	34
Anexo N° 5 Plan Cerrado	39
Anexo N° 6 Instrucciones de llenado del Plan Cerrado	41
Anexo N° 7 Cláusula sobre movilidad de cotizante de planes con cobertura reducida de parto	46
Anexo N° 8 Declaración de Embarazo.....	47
Capítulo III Instrumentos Contractuales	48
Título I Instrucciones Comunes para los Instrumentos Contractuales Uniformes	48
1. Introducción.....	48
2. Adhesión	48
3. Revisión.....	49
4. Difusión	49
5. Prevención respecto del artículo cuarto N°2, segunda parte, de las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de isapres (PPI)	50
Título II Tabla de Factores de los Planes de Salud Complementarios	51
1. Introducción.....	51
2. Factores	51
3. Estructura de la Tabla	51
Título III Formato Mínimo del Formulario Único de Notificación (FUN).....	53
1. Características Generales del FUN	53
2. Tipos de Notificación	54
3. Llenado del FUN	56
4. Situaciones Especiales	61
Anexo 1 Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional	66
Anexo 2 Formato Único del Plan de Salud Complementario Modalidad Libre Elección	89
Anexo 3 Plan de Salud Complementario Modalidad Prestadores Preferentes	99
Anexo 4 Definiciones de uso general.....	111
Anexo 5.1 Declaración de Salud.....	114
Anexo 5.2 Comprobante para el Afiliado	122
Anexo 6 Formulario Único de Notificación	123
Anexo 7 Reverso alternativo del FUN.....	125

Anexo 8 CONDICIONES TIPO PARA EL OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD 128

Capítulo I Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional

1. Introducción

La normativa contenida en el presente Capítulo está establecida para toda aquellas isapres que no adhieran a las Condiciones Generales Uniformes, o cuando revoquen dicha adhesión, de conformidad con las instrucciones vigentes.

Todo contrato de salud debe contener, como mínimo y en el orden que se indica, las materias y enunciaciones que se desarrollan a continuación:

2. Disposiciones Generales

2.1.- Lugar y fecha de celebración o modificación del contrato e individualización completa del afiliado y del representante de la isapre.

El hecho que figure en esta parte de la convención la identidad de quien tiene la representación general de la Institución de Salud, no impide que ésta sea asumida por un funcionario habilitado especialmente para la negociación, suscripción y/o modificación de los contratos de salud.

2.2.- Referencia a los documentos que forman parte del contrato:

- a) Condiciones Generales del Contrato de Salud;
- b) Plan de Salud Complementario¹;
- c) Declaración de Salud, en las condiciones expresadas en el Anexo N° 5 del Capítulo III del presente Compendio²;
- d) Formulario Único de Notificación, en los términos definidos por la Superintendencia en el Anexo N° 6 del Capítulo III del presente Compendio;
- e) El Arancel o nómina de prestaciones valorizadas de la isapre, incluye el código de prestación, su nombre (o glosa) y su valor, este último expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF). Las isapres deberán mantener a disposición exclusiva de los cotizantes y beneficiarios, en las oficinas en que se atiende público, la cantidad de ejemplares que se indica: 3 ejemplares en la casa matriz y 2 en cada una de las agencias o sucursales.

Asimismo, las isapres podrán cumplir la obligación descrita en el párrafo anterior mediante la disposición de los aranceles vigentes en medios electrónicos o digitales a través de, a lo menos, un equipo de autoservicio o computador de libre acceso, de uso exclusivo de sus cotizantes y beneficiarios, disponible en cada casa matriz, agencia o sucursal de la isapre que atiende público, contemplando la asesoría técnica respectiva hacia el beneficiario, y que garantice a estos últimos el acceso de forma suficiente y oportuna a la información requerida³.

¹ Existe un formato para el Plan de Salud Libre Elección, al cual deben ajustarse las isapres que no adhieran al Formato Uniforme del Plan de Salud Libre Elección. Al respecto ver Anexos N°1 del Capítulo II y N° 2 del Capítulo III del presente Compendio.

² Formulario de la Declaración de Salud, cuyo formato se encuentra contenido en el Anexo N°5 del Capítulo III del presente Compendio.

³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°161, del 8 de noviembre de 2011.

De igual modo, el o los aranceles vigentes deberán encontrarse disponibles para sus afiliados y beneficiarios a través de las páginas web de las Isapres que cuenten con esa herramienta comunicacional⁴.

- f) La Selección de Prestaciones Valorizadas⁵;
- g) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile⁶;
- h) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud;
- i) Los Mecanismos de Otorgamiento de Beneficios Mínimos.

2.3.- Los documentos señalados en las letras a), b), c), d) y f) precedentes, deberán ser firmados por ambas partes contratantes, en tanto que los señalados en las letras e), g), h) e i) sólo deberán llevar la firma del representante de la isapre.

2.4.- Cada instrumento del contrato deberá emplear un mismo tipo y tamaño de letra en todas sus cláusulas, salvo los títulos, los subtítulos y aquellas materias que la Superintendencia haya dispuesto destacar, casos en los cuales las letras deberán ser de mayor tamaño.

2.5.- Ninguna de las partes podrá unilateralmente agregar estipulaciones adicionales o enmendar en cualquier forma los documentos contractuales.

3. Plan de Salud

Se estipularán en forma clara y precisa las prestaciones y demás beneficios pactados ajustándose al formato tipo del plan de salud e instructivos contenidos en los Anexos N° 1, 2, 3, 4, 5 y 6 según corresponda, incluidos en el Capítulo II de este Compendio.

4. Beneficiarios

Los contratos deberán señalar que son beneficiarios del mismo, el cotizante y sus familiares beneficiarios, es decir, aquellos que tienen las calidades indicadas en las letras b) y c) del artículo 136 del D.F.L. N° 1 de 2005 de Salud y de aquellas otras personas que, sin tener los requisitos anteriores, puedan incluirse, si así lo acepta la isapre, las que se denominarán, en adelante, cargas médicas.

Asimismo, los contratos deberán especificar que será considerado familiar beneficiario el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830, que respecto de él cumpla con las mismas calidades y requisitos que la ley exige a la cónyuge para ser causante de asignación familiar.⁷

En todo contrato habrá de considerarse como beneficiario, al recién nacido.

Las isapre deberán incorporar al recién nacido, si esto es requerido por el padre o la madre cotizante. Dicha incorporación producirá todos sus efectos respecto de este beneficiario a contar de la fecha de su nacimiento, para lo cual debe ser inscrito en la isapre antes de cumplir un mes de vida o en un plazo posterior si las partes lo acordaren, lo que deberá quedar consignado.

⁴ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°161, del 8 de noviembre de 2011.

⁵ La Selección de Prestaciones Valorizadas, sus anexos e instrucciones de llenado, se encuentran agregados en el Compendio de Beneficios.

⁶ Se encuentran contenidas en el Compendio de Beneficios.

⁷ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°250, de 2015

La isapre podrá aceptar la incorporación de un beneficiario cotizante, entendiendo por tal a aquella persona que se incorpora a la isapre en calidad de carga -médica o legal- y que percibe una remuneración o pensión afecta a la cotización legal⁸.

5. Prestaciones y Beneficios

5.1.- Prestaciones mínimas obligatorias.

En los contratos deberán señalarse expresamente las prestaciones y beneficios mínimos que la isapre otorgará a sus afiliados y beneficiarios, a que se refieren el artículo 189 inciso segundo letra a), artículo 190 inciso primero y artículo 194 del D.F.L. N° 1, y que consisten en:

- a) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.966, que forma parte del contrato de salud.
- b) El Examen de Medicina Preventiva a que tienen derecho los beneficiarios.⁹
- c) La protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo o hija.
- d) La protección del niño o niña recién nacido y hasta los seis años de edad.

Los contratos deberán precisar que las prestaciones y beneficios indicados en las letras b), c) y d) precedentes, se otorgarán en las condiciones generales del Libro II del D.F.L. N° 1, u otras superiores, y establecer los mecanismos a través de los cuales se proporcionarán dichas prestaciones y beneficios, sea por la misma isapre, por la institución especializada con la que esta convenga su otorgamiento, o por libre elección.

- e) El pago de subsidios por incapacidad laboral.

En los contratos se estipularán los plazos y formalidades a que deberá sujetarse la tramitación de las licencias médicas en las isapre, en la medida que afecte al cotizante en cuanto a sus derechos y obligaciones.

- f) Cobertura Mínima del plan de salud complementario, en los términos del artículo 190 del D.F.L. N° 1.

5.2.- Beneficios legales

- a) Atenciones de emergencia o urgencia con riesgo vital, en los términos del artículo 173 inciso 4° y siguientes del D.F.L. N° 1.¹⁰
- b) Opción de permanencia en la Institución del beneficiario que adquiere la calidad jurídica de cotizante, en los términos del artículo 202 inciso 4° del D.F.L. N° 1.
- c) Mantención de los beneficios del contrato en caso de fallecimiento del cotizante, en los términos del artículo 203 del D.F.L. N° 1.

⁸ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010, cuyas instrucciones se encuentran en el Compendio de Procedimientos.

⁹ Las Condiciones para acceder a la cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, así como las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva se encuentran en el Capítulo VI del Compendio de Beneficios.

¹⁰ Materia tratada en forma íntegra en el Capítulo III del Compendio de Beneficios.

d) Obligación de la isapre de ofrecer un nuevo plan de los que estuviere comercializando en los términos del inciso 1° del artículo 197 del D.F.L. N° 1, disposición que deberá ser transcrita en el contrato.

e) El deber de la isapre de facilitar el acceso y otorgar información suficiente y oportuna respecto del Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo (Ley 20.850) y su funcionamiento, dejando expresa constancia que el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el encargado de asegurar la protección financiera que trata dicha ley para todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud de Chile¹¹.

5.3.- Beneficios convencionales

En los contratos deberá señalarse que las prestaciones y beneficios a cuyo otorgamiento se obliga la Institución, estarán contenidas, básicamente, en el Arancel de Referencia de la isapre y en el plan complementario de salud pactado.

Para los efectos de materializar lo convenido, en los respectivos contratos se estipulará explícita y detalladamente la forma y modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios de salud, ya sea a través de un Plan de Libre Elección, un Plan Cerrado o un Plan con Prestadores Preferentes.

Deberán quedar claramente establecidas las condiciones y requisitos exigidos por las isapre para acceder a los beneficios y prestaciones del plan convenido, por ejemplo, venta de órdenes de atención, reembolsos, disponibilidad de centros médicos, cobertura internacional (en caso de otorgarla), el período de vigencia para la utilización de órdenes de atención, los documentos requeridos para operar con cada una de las modalidades, los plazos asociados al reembolso, entre otros. En este último caso, de no indicarse plazo, se entenderá que el reembolso procederá contra la presentación del documento pertinente.

La isapre no podrá contemplar en los contratos de salud previsional ni ordenar como medida administrativa, la suspensión o restricción de los beneficios pactados por el incumplimiento de las obligaciones del cotizante, especialmente la que se refiere al pago de la cotización, sea cual fuere la calidad que detente éste.

6. Exclusiones y Otras Restricciones

6.1.- Exclusiones

En los contratos deberán señalarse las exclusiones, si las hubiere, las que sólo podrán estar referidas a:

- a) Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin.
- b) Atención particular de enfermería.
- c) Hospitalización con fines de reposo.
- d) Prestaciones cubiertas por otras leyes, hasta el monto de lo cubierto.
- e) Prestaciones de salud que requiera el beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.
- f) Enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas.

¹¹ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 257, de 11 de enero de 2016.

- g) Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional.
- h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el Arancel de la isapre.

6.2.- Restricciones a la cobertura

No podrán existir períodos de espera durante los cuales no sean exigibles las prestaciones y beneficios pactados, excepto las relativas a:

- a) Enfermedades preexistentes declaradas, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde el primer día del mes siguiente al de suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso. Con todo, las restricciones pactadas para dichas enfermedades no podrán importar el otorgamiento de beneficios por valores inferiores al 25% de la cobertura que el plan general convenido asigne a la prestación de que se trate. Las cláusulas que contravengan esta disposición se tendrán por no escritas.
- b) Prestaciones originadas por la atención del parto, cuyo cobertura 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 convenido y vigente. En todo caso, las partes podrán pactar condiciones superiores a la recién indicada¹².
- c) Enfermedades preexistentes no declaradas, durante el plazo de cinco años contado desde el primer día del mes siguiente al de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso, en los términos que dispone el artículo 190 N° 6 del D.F.L. N° 1.

7. Precio del Plan

Los contratos de salud deberán señalar que el precio del plan se deberá pactar en Unidades de Fomento (UF), moneda de curso legal en el país o, en el caso de los planes grupales, en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud. El precio sólo podrá variar una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, con motivo de la adecuación.

Los contratos deberán estipular que la variación de precios por cambio en el tramo de edad, según la tabla de factores que se contiene en el plan de salud, sólo podrá producirse en la próxima anualidad del contrato.

7.1.- Del excedente.

El contrato deberá señalar que los excedentes de cotización son de propiedad del afiliado e inembargables, a menos que el afiliado renuncie a ellos en los términos establecidos en el artículo 188 del D.F.L. N° 1. Asimismo, se deberá precisar que se entenderá por excedente de cotización, la diferencia positiva producida entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido¹³.

Además se deberá señalar que los excedentes incrementarán una cuenta corriente individual que se abrirá a favor del afiliado, precisando que estos fondos se reajustarán y devengarán un interés establecido por ley, semestralmente. Igualmente deberán

¹² Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

¹³ Modificado por la Circular IF/N°97, de 24 de junio de 2009.

enunciarse los fines a los que podrán destinarse los fondos acumulados en dicha cuenta, con arreglo a lo que, sobre el particular dispone el referido artículo 188.

8. Arancel Referencial

En los contratos deberá identificarse con su nombre el Arancel o catálogo valorizado de prestaciones con sus respectivos valores, el que se considerará para determinar el financiamiento de los beneficios. El valor de cada prestación se expresará en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF). Dicho Arancel de referencia contemplará a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud a que se refiere el artículo 159 del D.F.L. N° 1, o el que lo reemplace, en su modalidad de libre elección.

Asimismo se deberá indicar en el contrato, la forma y oportunidad en que se modificará el Arancel referencial de la isapre.

9. Revisión del Contrato

Los contratos consignarán la facultad de la isapre para revisar sus estipulaciones anualmente, en el mes de suscripción del mismo, de conformidad a los términos establecidos en el artículo 197 inciso 3° y siguientes del D.F.L. N° 1.

10. Obligaciones del Cotizante

Los contratos de salud deberán mencionar las obligaciones del afiliado, indicando cuál o cuáles de éstas pueden constituir causal de término anticipado del mismo, según lo establecido en el artículo 201 del D.F.L. N° 1.

11. Término del Contrato

11.1.- Causales de término del contrato

En los contratos de salud deberá contemplarse que éstos no podrán dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por algunas de las siguientes causales:

11.1.1.- Causales que puede invocar la isapre

a) Incumplimiento de las obligaciones del cotizante que consista en algunas de las situaciones enumeradas en el artículo 201 del D.F.L. N° 1.

La causal contemplada en el N° 4 de dicho artículo será aplicable, en su caso, al conviviente civil.¹⁴

b) La extinción de la relación laboral podrá ser causal de término anticipado de los contratos que celebren las denominadas isapres “cerradas”, sólo si se hubiere dejado establecido en ellos expresamente dicha circunstancia.

Se entenderá por isapre “Cerrada”, para estos efectos, las Instituciones de Salud Previsional, cuyo objeto sea financiar prestaciones preferentemente a los trabajadores de una determinada empresa o institución.

¹⁴ Párrafo agregado por Circular IF N° 250, de 2015.

11.1.2.- Causales que puede invocar el afiliado

a) Incumplimiento de las obligaciones de la isapre.

En este caso, en los contratos de salud se deberá establecer que para que el término del contrato surta pleno efecto, el incumplimiento tendrá que ser declarado por la Justicia Ordinaria o la Superintendencia de Salud a través del Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en su calidad de árbitro arbitrador.

b) Desahucio voluntario del afiliado.

En el contrato deberá consignarse la facultad legal del cotizante de ponerle término por desahucio, una vez transcurrido un año de vigencia de los beneficios contractuales, en la oportunidad que desee.

Asimismo, se deberá expresar que para que el desahucio se lleve a efecto, bastará una comunicación escrita a la Institución de Salud, adjuntando las copias que sean necesarias para que la isapre notifique a las entidades encargadas del pago de la cotización. Esta comunicación deberá presentarse a la isapre con una antelación de, a lo menos, un mes al cumplimiento del primer año de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva. La terminación se producirá el último día del mes siguiente a la fecha de presentación de la carta de desafiliación¹⁵.

Esta causal también podrá ser invocada por los afiliados, en el evento que se eliminen los beneficios adicionales de los planes de tipo grupal.

c) El consentimiento mutuo de los contratantes.

La terminación del contrato por acuerdo de las partes se materializará mediante la suscripción de un documento donde conste inequívocamente la intención de ponerle término al contrato. Para tal efecto, las partes podrán utilizar la carta de desafiliación debidamente autorizada por la isapre.

En todo caso, la terminación del contrato por mutuo acuerdo, producirá plenos efectos el primer día del mes subsiguiente de suscrita la carta correspondiente, salvo acuerdo expreso en contrario.

Excepcionalmente, a petición expresa del cotizante y para regularizar su situación ante el Fondo Nacional de Salud, las partes podrán poner término al contrato por mutuo acuerdo, con efecto retroactivo, a contar del primer día del mes siguiente a aquél en que la isapre recibió la última cotización de salud.

El señalado procedimiento de excepción, procederá respecto de aquellas personas que habiendo suscrito un contrato de salud con una isapre, han dejado, por un lado, de enterar cotizaciones en dicha institución, y por otro, de recibir prestaciones de ella, sin haber puesto término a la relación contractual, dándose la circunstancia, además, que se encuentran actualmente cotizando en el Fondo Nacional de Salud.

11.1.3.- Otras causales

a) Cesantía.

¹⁵ Para ver el formato de la carta de desafiliación y procedimiento asociado a ella, revisar Compendio de Procedimientos.

En los contratos se deberá establecer que en caso de cesantía debidamente acreditada y no siendo posible utilizar el saldo acumulado en la cuenta corriente de excedentes para cubrir las cotizaciones en ese evento, la Institución de Salud Previsional estará obligada a autorizar la desafiliación del cotizante, si éste lo solicita.

En ese evento, la desafiliación surtirá efecto el primer día mes siguiente de suscrita la carta de desafiliación ante la isapre o, cuando corresponda, el último día del mes en que se encuentren financiados los beneficios del contrato por efecto de cotizaciones devengadas¹⁶.

En el caso de las denominadas isapre “Cerradas”, no será necesario que se especifique en los formatos de sus contratos, esta causal de terminación, si en ellos se ha establecido como tal la extinción de la relación laboral.

b) Cierre del registro de la isapre.

Por efecto de la resolución que ordena la cancelación del registro de la isapre, cuando ésta quedare ejecutoriada.

c) Muerte del afiliado o afiliada.¹⁷

En los contratos se deberá establecer que la isapre pondrá término al contrato por muerte del afiliado o afiliada, en los siguientes casos:

1. Cuando el o la titular no tenga beneficiarios o beneficiarias.
2. Cuando la muerte se produzca antes de transcurrido el primer año de vigencia de los beneficios contractuales
3. Cuando teniendo derecho al beneficio dispuesto en el artículo 203 del DFL N°1 el o los beneficiarios o beneficiarias renuncian expresamente a la extensión del contrato.
4. En el evento que habiéndose extendido el contrato, en virtud del citado artículo 203, dicho beneficio hubiera cumplido su vigencia y la persona beneficiaria o su representante legal, cuando corresponda, hubiera renunciado al derecho de permanecer en la isapre.

d) Pérdida de la relación laboral con una empresa.¹⁸

En los contratos se deberá establecer que la isapre podrá poner término al contrato en el caso de pérdida de la relación laboral entre el afiliado o afiliada y una determinada empresa, siempre que se trate de instituciones a las que alude el inciso final del artículo 200, del DFL N°1. Se establecerá que, en dicho caso, los beneficios del plan de salud se extenderán hasta el último día del mes siguiente a la fecha de dicho término, a menos que a ese día el afiliado o afiliada se encuentre en situación de incapacidad laboral, caso en el cual el contrato se mantendrá vigente hasta el último día del mes en que finalice la incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

e) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en salud.¹⁹

¹⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010, cuyas instrucciones se encuentran en el Compendio de Procedimientos.

¹⁷ Letra agregada por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010, cuyas instrucciones se encuentran en el Compendio de Procedimientos.

¹⁸ Letra agregada por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010, cuyas instrucciones se encuentran en el Compendio de Procedimientos.

¹⁹ Letra agregada por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010, cuyas instrucciones se encuentran en el Compendio de Procedimientos.

En los contratos se deberá establecer que aún cuando no se haya cumplido el año de vigencia de beneficios, el afiliado o afiliada podrá desahuciar el contrato de salud dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explicitas en Salud o de sus posteriores modificaciones. Además deberá señalarse que si el afiliado o afiliada nada dice dentro del referido plazo, sólo podrá desahuciar el contrato sujetándose a las reglas generales contenidas en la letra b) del punto 11.1.2 precedente.

11.2.- Extensión del contrato

En el contrato se deberá establecer que, si en el evento que al día de su término por desahucio voluntario o por el mutuo consentimiento, el cotizante se encontrare en situación de incapacidad laboral, la vigencia del contrato se extenderá de pleno derecho, hasta el último día del mes en que finalice dicha incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

En las condiciones generales, se deberá precisar que el cotizante tendrá derecho a reclamar ante la Superintendencia de Salud, de la decisión de la isapre de poner término al contrato por alguna de las causales establecidas en el artículo 201 del D.F.L. N° 1, dentro del plazo de vigencia de los beneficios del contrato de salud, en cuyo caso, el contrato seguirá vigente de pleno derecho hasta la resolución del reclamo²⁰, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

En esta circunstancia, se deberá señalar que el cotizante y sus demás beneficiarios, accederán a todos los beneficios del contrato, salvo aquellos que digan relación directa con la materia que se discute en el reclamo.

Con todo, cuando el motivo del término del contrato sea el no pago de las cotizaciones, en los casos en que dicha obligación recaiga en el cotizante, no operará la extensión del contrato bajo esta modalidad.

12. Fiscalización y Arbitraje

En las condiciones generales de los contratos, deberá señalarse que las isapres están afectas a la supervigilancia y control de la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá conocer las diferencias que surjan entre la isapre y sus cotizantes o beneficiarios a través de un reclamo administrativo o una demanda arbitral. En este último caso, actuará en calidad de árbitro arbitrador y resolverá las controversias que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria.

En los contratos deberá destacarse, además, que será competente para conocer de los reclamos por rechazos y modificaciones de licencias médicas y cálculo de los subsidios por incapacidad laboral, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) correspondiente al domicilio declarado por el cotizante en el contrato de salud. Asimismo, deberá señalarse el plazo que se tiene para ejercer este derecho. Paralelamente, deberá indicarse que si la isapre no cumple con lo resuelto por la COMPIN competente, el cotizante podrá solicitar el pago de los referidos subsidios a esta Superintendencia, con cargo a la garantía. De igual forma, deberá señalarse que la Superintendencia de Salud, es la entidad competente para controlar y fiscalizar los aspectos procesales, relativos a la tramitación de las licencias médicas y sus efectos.

²⁰ Las restantes instrucciones sobre efectos del término del contrato, se encuentran contenidas en el Compendio de Procedimientos, en lo relativo a Reglas sobre Término de Contrato.

13. Fecha y Firma de las Partes Contratantes

14. Declaración de Salud²¹

La Declaración de Salud es un documento que forma parte del contrato, es independiente de los demás instrumentos del mismo y su contenido único y formato indivisible son obligatorios para las isapres.

En la Declaración de Salud se deben registrar fidedignamente por el afiliado las preexistencias, entendiéndose por tales, aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción de contrato o de la incorporación del beneficiario en su caso, como también los demás antecedentes de salud que solicite la isapre. Asimismo, sólo en este documento se podrán establecer las condiciones particulares pactadas respecto de cada beneficiario al momento de su incorporación a la isapre, dejando constancia expresa de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 190 del D.F.L. N° 1.

Dicho documento es único y exclusivo para fijar las condiciones particulares de otorgamiento de beneficios, cualquiera sea su naturaleza, debiendo utilizarse sólo con ocasión de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario si procediere.

La Declaración de Salud deberá ser escrita de modo claramente legible, con un tamaño de letra no inferior a 2,5 milímetros.

Se entiende que las isapres que no utilizan la Declaración de Salud renuncian a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término al contrato por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

El formulario de la Declaración de Salud se encuentra establecido en el Anexo 5 del Capítulo III "Instrumentos contractuales" de este Compendio.

Capítulo II Plan de Salud Complementario

Título I Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario

1. Contenido del plan de salud complementario

El Plan de Salud Complementario considerará lo siguiente:

1.1.- Porcentajes de cobertura de bonificación, que deberán aplicarse sobre el valor real de la prestación, que corresponde al valor cobrado por el prestador al paciente. En el plan de salud, estos porcentajes se determinarán por grupos de prestaciones definidos por la isapre y claramente especificados.

1.2.- Topes de bonificación por prestaciones, en caso de haberlos, los cuales deberán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a

²¹ Reemplazado por Circular IF/N° 234 de 2014.

la prestación respectiva en el Arancel de la isapre, sea que se aplique a una o a un grupo de prestaciones por evento.

1.3.- Montos máximos o topes generales de bonificación por beneficiario, en caso de haberlos, los que sólo se expresarán en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF) y por un período máximo de un año de vigencia de beneficios. Este tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del Plan²².

1.4.- El precio del plan, expresado en moneda de curso legal en el país o Unidades de Fomento (UF).

En el caso de planes grupales y los contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

1.5.- Referencia al Arancel de la isapre.

2. Formato del plan de salud complementario

El formato impreso del plan pactado deberá consignar exclusivamente la descripción de los beneficios correspondientes a éste.

3. Estipulación referida a los montos máximos

En los planes de salud deberán explicitarse los montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, los montos máximos de cobertura establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, los que deberán referirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

4. Estipulación referida al precio

En el contrato, específicamente en el plan de salud, se deberá estipular claramente la forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes por incorporación o retiro de beneficiarios del grupo familiar, de acuerdo a la tabla de factores, según sexo y edad, y condición de cotizante o carga. Además se establecerán las condiciones en que se incorporarán los nuevos beneficiarios.

²² Modificado por la Circular IF/N°154, de 22 de agosto de 2011, que eliminó la frase final.

Título II Instrucciones Especiales para Planes Grupales²³

1. Definición

El contrato de salud previsional es siempre individual y nunca colectivo, ya que necesariamente y por mandato legal, se celebra entre alguna de las personas naturales a las que alude el artículo 184 del DFL N° 1, individualmente considerada, y una Institución de Salud Previsional registrada ante la Superintendencia de Salud.

Sin embargo, el plan de salud complementario puede ser individual o grupal. Los planes grupales son aquellos planes que pueden comercializar las isapres con aquellos cotizantes que pertenecen a una determinada empresa o a un grupo de dos o más trabajadores o, en el caso de las denominadas isapres cerradas, dos o más pensionados, y cuya finalidad es el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener el trabajador con su sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, la que deberá constar expresamente en el plan de salud.

2. Contratación de un plan grupal

La contratación de un plan grupal no exime a la isapre de la obligación de obtener de los cotizantes que se le incorporen, la suscripción de todos los documentos que forman parte integrante del Contrato de Salud, ciñéndose, para estos efectos, a las instrucciones contenidas en la Circular N° 36, de 22 de julio de 1997, cuyo texto refundido y actualizado fue fijado por Resolución Exenta N° 546 de 12 de abril de 2002, de la Superintendencia de Salud, o la que la reemplace.

En el Plan de Salud se registrará en el casillero “Tipo de Plan”, que se trata de un “PLAN GRUPAL”.

Paralelamente, el plan grupal deberá enumerar las condiciones de vigencia del mismo, esto es, aquellos hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación del plan, como asimismo, indicar los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

Dado que el contrato de salud es siempre individual, se deberá dejar constancia expresa, en el plan grupal que se convenga, del otorgamiento de los beneficios que sean distintos a los que podría obtener el afiliado con la sola cotización individual. Para tales efectos, se deberá indicar el tipo de plan que se contrate, estipulándose todos los beneficios convenidos, así como las condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

2.1.- Tabla de Factores

En la configuración de un plan grupal, la isapre no estará obligada a incorporar una Tabla de Factores para la determinación del precio.

Si la isapre opta por considerar una Tabla de Factores, ésta deberá estructurarse conforme a lo dispuesto en el Título II del Capítulo III del presente Compendio de Instrumentos Contractuales.

²³ Título reemplazado, por el que aparece en el Compendio, mediante la Circular IF/N° 94, de 23 de abril de 2009.

Los planes grupales cuyo precio se estructura sobre la base de una tabla de precios no asociada a factores de riesgo por sexo y edad podrán continuar incorporando afiliados. Sin embargo, en el evento que deje de operar alguna condición de vigencia del plan grupal y las partes acuerden la suscripción de un nuevo plan grupal que contemple una Tabla de Factores, ésta deberá ajustarse a las disposiciones de la ley, sobre la materia.

3. Cese de las condiciones de vigencia del plan grupal²⁴

Los planes grupales no son susceptibles de ser revisados conforme el procedimiento contemplado en el inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, pues dichas prescripciones legales, por su sentido y alcance, se aplican sólo a la revisión de planes individuales de salud.

Sin perjuicio de ello, si cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del plan grupal, la isapre podrá proponer y acordar con los cotizantes modificaciones al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, en conformidad a las instrucciones que siguen, sin perjuicio del derecho del afiliado a desahuciar el contrato.

En todo caso, los contratos de tipo grupal deberán estipular que ante la eliminación de los beneficios convenidos, la isapre ofrecerá al cotizante un nuevo plan de los que estuviere comercializando a esa época, el cual no podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener el afiliado de acuerdo a la cotización legal a que da origen la remuneración del trabajador en el momento de la modificación propuesta.

3.1.- Procedimiento para modificar el plan grupal

Para que las modificaciones del plan surtan efectos, éstas deberán ser previamente comunicadas por la isapre a los cotizantes, a través de una carta certificada enviada al último domicilio registrado -que podrá remitirse en forma complementaria a través de correo electrónico-, y aceptadas por cada uno de ellos mediante la suscripción del nuevo plan grupal propuesto, así como del FUN respectivo.

La comunicación descrita y la suscripción individual, no serán necesarias si en la contratación del plan o en forma posterior, se ha mandatado, especial e individualmente por cada contratante²⁵, a uno o más representantes o mandatarios comunes, para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes. La antedicha representación o mandato podrá recaer indeterminadamente en la persona que detente algún cargo o calidad en la empresa o grupo de dos o más trabajadores que, en todo caso, deberá especificarse.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar tanto la personería de quienes hayan actuado en nombre y representación de los cotizantes como la remisión del nuevo Plan de Salud y el FUN respectivo, antes de la entrada en vigencia de sus beneficios, lo que podrá efectuarse en forma alternativa a través de correo electrónico.

En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga en la modificación del plan, a través de alguna de las alternativas instruidas precedentemente.

La carta mediante la cual la Isapre comunique los cambios a los afiliados, deberá explicar la necesidad de que éstos suscriban los nuevos documentos contractuales en señal de

²⁴ Número modificado por la Circular IF/N° 199, de 30 de agosto de 2013.

²⁵ Frase entre comas agregada por Ordinario Circular IF/N°13, de 25 de mayo de 2009.

aceptación, otorgándoles un plazo que se extenderá, a lo menos, hasta el último día hábil del mes subsiguiente al del envío de la carta.

Dicha comunicación deberá exponer, además, el efecto que podrá traer consigo el silencio ante la propuesta efectuada, en el sentido que la falta de acuerdo faculta a la Isapre para poner término al grupal, indicando, además, que en tal caso, ofrecerá un plan de salud individual que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal.

3.2.- Procedimiento para ofrecer un nuevo plan de salud individual

Si cesan todas o algunas de las condiciones de vigencia del plan grupal, y no se llega a un acuerdo con los cotizantes o sus representantes o mandatarios comunes sobre las modificaciones contractuales del mismo, la isapre podrá poner término al plan grupal y deberá ofrecerles un nuevo plan individual de salud.

Para estos efectos, la institución comunicará directamente a cada uno de los afectados y por escrito, el término del plan grupal -indicando expresamente la condición de vigencia invocada y la circunstancia descrita en el párrafo anterior- y las alternativas de planes individuales de que dispone para él. Dicha oferta, como mínimo, deberá contemplar el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el plan. Asimismo, se le deberá informar su derecho a desahuciar el contrato de salud y desafiliarse de la isapre.

La carta, que podrá remitirse en forma complementaria a través de correo electrónico, deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, el que al menos se deberá extender hasta el último día hábil mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Adicionalmente, deberá informar que ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan individual ofrecido por la isapre que más se ajuste a su cotización legal. Bajo ninguna circunstancia la isapre podrá aplicar automáticamente un plan diferente; ni tampoco estipular que para el evento del término del plan grupal, operará un plan básico predefinido por la institución²⁶.

En todo caso, el plan 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 propuesto por la institución.

Este mismo procedimiento, incluyendo el contenido y requisitos de la comunicación, deberá ser aplicado respecto de aquellos afiliados de un plan grupal, que no se hubieren pronunciado acerca de los cambios propuestos, habiendo sido éstos aceptados por los demás afiliados del plan, entendiéndose que respecto de aquéllos terminó el acuerdo que permitía su adhesión al plan grupal.

4. Retiro de un afiliado del plan grupal

En el Contrato de Salud se deberá contemplar como obligación del cotizante, la de informar toda variación de su situación personal que afecte su permanencia en el plan, como por ejemplo, la pérdida de la relación laboral.

En el caso que un cotizante deje de cumplir con los requisitos establecidos para su permanencia en el plan grupal, la institución tendrá la obligación de ofrecerle, al menos, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de su cotización legal

²⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

vigente en ese momento, a menos que se trate de la situación descrita en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

Para dar cumplimiento a dicha obligación, la Institución deberá sujetarse al procedimiento descrito en el punto 3.2 precedente.

5. Caso del cotizante que fallece

En el evento del fallecimiento del cotizante de un plan de salud grupal pactado en el porcentaje equivalente a la cotización legal, y terminada la vigencia del beneficio contenido en el artículo 203 del DFL N° 1, la isapre estará obligada a ofrecer a los beneficiarios señalados en el inciso primero de dicho artículo, el mismo plan de salud grupal, debiendo éstos pagar las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por ellos²⁷.

Las modificaciones al plan grupal de salud y su eventual término, también afectarán a los beneficiarios que se encuentren en la situación descrita en el párrafo precedente, en cuyo caso, la isapre deberá proceder conforme lo establecido en el punto 3.2 precedente.

6. No incorporación o suspensión de la CAEC en los planes grupales²⁸

6.1.- Requisitos y procedimiento para no incorporar o suspender la CAEC

La isapre podrá no incorporar o suspender la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, CAEC, si todas las personas afiliadas a un plan grupal, ya sea cada cotizante en forma individual o a través de su representante o mandatario común, solicitan no incorporarla o suspenderla, siempre y cuando se den todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que todos los beneficiarios del plan grupal dispongan de un beneficio alternativo que reemplace a la CAEC y que sea considerada equivalente a ella por los cotizantes del respectivo plan. La isapre deberá contar, en cada caso, con los documentos que acrediten aquella circunstancia.
- b) Que los afiliados o su representante o mandatario común comuniquen por escrito su voluntad de no incorporar o suspender la CAEC.

En su caso, el representante o mandatario deberá acreditar ante la isapre que la antedicha determinación se ha adoptado conforme el procedimiento y demás requisitos pactados con sus representados.

En caso de ponerse término, por cualquier causa, al beneficio alternativo del plan grupal respectivo, la isapre estará obligada a entregar la CAEC a todos los afiliados adscritos a ese plan grupal, a partir del momento en que tome conocimiento de dicha situación, pudiendo cobrar por ella a cada cotizante del mismo.

Para dar cumplimiento a la obligación instruida en el párrafo precedente, la isapre, al momento de acordar la no incorporación o la suspensión de la CAEC, deberá informar a los afiliados al plan grupal o a sus representantes o mandatarios comunes, el deber que les corresponde de comunicar oportunamente a la Institución de Salud el término del

²⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 102, de 4 de agosto de 2009.

²⁸ El procedimiento de incorporación de la CAEC a los planes grupales, está regulado en el N° 2 del Título IV del Capítulo IV del Compendio de Beneficios.

beneficio alternativo que reemplazará a la CAEC y los efectos derivados de dicha comunicación. La isapre deberá contar con los documentos que acrediten el cumplimiento de esta obligación.

6.2.- Información a la Superintendencia

La isapre que suscriba planes grupales sin la incorporación de la CAEC o que habiéndola incorporado decide suspender su otorgamiento por darse las condiciones previstas en el párrafo primero del punto anterior, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud, en un plazo no superior a 15 días hábiles de suscrito el plan o de la suspensión de la CAEC, los siguientes antecedentes:

- a) Nombre del plan grupal;
- b) Número de afiliados y beneficiarios adscritos al mismo;
- c) Identificación del beneficio que reemplaza la CAEC;
- d) Características de la cobertura adicional que otorga el beneficio;
- e) Fecha de suscripción del beneficio.

6.3.- Ámbito de Aplicación

Las instrucciones del presente punto sólo serán aplicables a las isapres que tengan incorporado en sus contratos de salud previsional las “Condiciones de la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas en Chile”, de conformidad con las instrucciones vigentes sobre la materia.

Título III Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes

1. Ámbito de Aplicación

Las presentes instrucciones serán aplicables a los planes cerrados y a los planes con prestadores preferentes, definidos en el artículo 189 letras B y C del D.F.L. N° 1.

No quedan sometidos a las mismas los planes de salud que contemplan una estructura de beneficios asociada al precio de ciertas atenciones de salud en prestadores indeterminados, por ejemplo, los planes en que la hospitalización se bonifica en un 100% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es igual o inferior a XX y en un 90% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es superior a XX.

Tampoco les serán aplicables a los acuerdos generales que las isapres celebren con prestadores respecto de los precios de las atenciones para los beneficiarios de la misma institución y que no se encuentran asociados a un plan específico.

2. Prestadores

2.1.- Identificación de los prestadores en el plan

Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalizadas, de conformidad con las instrucciones que se contemplan en los Anexos N°s 3, 4, 5 y 6 del presente Capítulo.

No se podrán comercializar planes que contengan una mera referencia a “prestadores en convenio” u otra expresión semejante, sin individualizar.

2.2.- Información sobre los prestadores individualizados en el plan.

Las isapres deberán informar sobre las acreditaciones y certificaciones que tengan los prestadores individualizados en sus planes cerrados y planes con prestadores preferentes -incluyendo los prestadores derivados a que se refiere el punto 5.4 de este Título- en el reverso de la Selección de Prestaciones Valorizadas, de conformidad a las instrucciones contenidas en el Compendio de Procedimientos.

2.3.- Término o modificación de los convenios con prestadores

En el plan de salud deberá señalarse que el término del convenio entre la isapre y el prestador o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, les corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta la anualidad que corresponda.

2.4.- Término de la existencia legal del prestador; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades o sustitución de la especialidad médica a que estaba orientado al momento de celebrarse el contrato.

En el plan contratado deberá estipularse que si durante la vigencia de éste, terminare la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan, o éstos experimentaren una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura, o una paralización permanente de sus actividades o una sustitución de la especialidad médica a que estaban orientados al momento de celebrarse el contrato, la institución deberá comunicar por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes afectados, junto con las alternativas de planes de que dispone para ellos.

3. Médico de Cabecera

Para los efectos de esta normativa, se entiende por médico de cabecera, o como quiera que se denomine al que cumpla dicha función, al profesional que otorga las primeras atenciones de salud a nivel primario a los beneficiarios del plan, tiene la facultad de derivar a dichos beneficiarios a niveles de atención de mayor complejidad y, en general, resuelve sobre el acceso y otorgamiento de las prestaciones y beneficios pactados.

Los planes que contemplen la figura de médico de cabecera, deberán especificar sus funciones y contemplar procedimientos expeditos y verificables de acceso a éste.

3.1.- Requisitos e Incompatibilidades

- a) El médico de cabecera deberá contar con el título profesional de médico cirujano y encontrarse debidamente habilitado para el ejercicio de la profesión en el país.
- b) Podrán contemplarse médicos de cabecera que tengan especialidades acordes con las necesidades y características del grupo de beneficiarios del contrato, como por ejemplo, un médico gineco-obstetra o un médico pediatra.
- c) Resulta incompatible ejercer, simultáneamente, la función de médico de cabecera de un plan de salud y médico contralor de la isapre a la cual dicho plan pertenece.
- d) Es responsabilidad directa y preferente de la isapre la continua y oportuna atención de salud brindada por el médico de cabecera.

3.2.- Elección y Reemplazo

En aquellos contratos en que se contemple el derecho del cotizante a elegir el médico de cabecera, se le proporcionará al contratante una nómina de profesionales efectivamente disponibles para ejercer dicha función, con indicación, en su caso, de sus respectivas especialidades.

El interesado deberá elegir de la nómina, uno o más profesionales que se individualizarán en un documento especialmente destinado al efecto, el que se anexará al contrato de salud.

El plan deberá establecer el derecho del contratante a solicitar el reemplazo del médico de cabecera, tanto en el caso que haya sido elegido por él o asignado por la institución, y el procedimiento para hacer efectivo ese derecho. En todo caso, para el reemplazo de un médico que haya sido elegido por el contratante, deberá estipularse un procedimiento en el que se tengan presentes las reglas indicadas precedentemente.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre estará facultada para designar un reemplazante en caso de ausencia temporal de dicho profesional.

4. Tiempos de Espera

Estos planes de salud deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores que en ellos se individualizan, otorguen efectivamente las atenciones contempladas en el plan, debiendo indicar aquéllos definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de conformidad a las instrucciones contenidas en los Anexos N°s 3, 4, 5 y 6 de este Capítulo.

Dentro de las antedichas agrupaciones, las isapres podrán establecer las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el debido cumplimiento de lo instruido precedentemente.

En el plan de salud deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.

Transcurrido el tiempo de espera previsto, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, que otorga al cotizante el derecho de solicitar su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, conforme al procedimiento previsto en el respectivo contrato de salud.

5. Configuración de los Planes

5.1.- Formato del plan de salud

Los planes de salud con prestadores preferentes y los planes cerrados deberán ajustar sus formatos, respectivamente, a los contenidos en los Anexos N°s 3, 4, 5 y 6 del presente Capítulo.

5.2.- Configuración de los planes cerrados

Los planes de salud cerrados no podrán excepcionarse de la obligación de contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, en la modalidad libre elección, que se establece en el artículo 159 del D.F.L. N° 1.

En dichos planes deberán explicitarse el o los prestadores a través de los cuales se cumplirá la obligación precedente, especificando las prestaciones o agrupación de prestaciones que cada uno de ellos otorgará.

5.3.- Oferta cerrada y preferente de los planes con prestadores preferentes.

Los planes con prestadores preferentes pueden contemplar una oferta preferente y/o una oferta cerrada.

La oferta preferente está constituida por las atenciones de salud para las que estos planes contemplan determinados beneficios cuando se requieren en los prestadores individualizados en el plan pero que, además, pueden ser obtenidas a través de la libre elección.

La oferta cerrada está constituida por las atenciones de salud que sólo se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las mismas bajo la modalidad de libre elección.

En los planes con prestadores preferentes, deberán explicitarse las prestaciones que componen su oferta cerrada y preferente. La antedicha obligación se cumple indicando las

especialidades médicas y/o prestaciones que se otorgan por el o los prestadores preferentes y las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incluidas en la oferta cerrada o preferente, no se realizan por el respectivo prestador.

En caso de incumplimiento de la obligación de explicitar las prestaciones que componen la oferta cerrada o preferente, en los términos señalados en el párrafo anterior, las isapres se verán obligadas a mantener el monto que le habría correspondido pagar al afiliado si dichas prestaciones hubieran sido brindadas por el respectivo prestador, cualquiera sea el que las realice.

5.4.- Prestadores Derivados.

La isapre deberá identificar en el plan los prestadores derivados que brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse alguna insuficiencia. Para tal efecto, deberá indicarse el nombre de uno o más prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan cerrado o en los planes con prestadores preferentes, según corresponda.

Los contratos de salud deberán contemplar, para el caso que se produzca dicha insuficiencia, el derecho del cotizante de solicitar la derivación hacia los prestadores antes indicados y los procedimientos para hacer efectiva la mencionada derivación.

5.5.- Segunda opinión médica

Los planes deberán consagrar el derecho de los afiliados y beneficiarios de planes de salud cerrados o con prestadores preferentes, a solicitar una segunda opinión médica, respecto de las decisiones que emanen del médico tratante.

Las isapres deberán contemplar los mecanismos que aseguren el derecho a requerir una segunda opinión médica de alguno de los prestadores individualizados en el plan y, en caso que dicha segunda opinión sea obtenida de otros prestadores, garantizar que ésta será debidamente considerada por el prestador que corresponda.

5.6.- Opiniones médicas divergentes

Las isapres deberán establecer en sus contratos una instancia médica, especialmente destinada a dar solución a la divergencia entre opiniones médicas que se produzca como consecuencia del ejercicio del derecho regulado en el punto precedente. Dicha instancia puede consistir en la opinión técnica del director médico del prestador individualizado en el plan, o del respectivo jefe de servicio u otro profesional que cumpla en la institución similares funciones.

Los planes deberán estipular el derecho de los cotizantes y/o beneficiarios de requerir directamente la intervención de quien o quienes deben dar solución a la mencionada divergencia de opiniones. En todo caso, dicha diferencia deberá ser zanjada dentro del plazo que cada contrato defina para tal efecto, a través de un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien o quienes la emitan.

6. Atenciones de Urgencia y Derecho a Traslado

6.1.- Acceso y cobertura

Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ello.

Asimismo se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que estas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.

6.2.- Derecho a Traslado

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero del punto precedente, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores.

En ambos casos, es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante; obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado. No obstante lo anterior, el afiliado podrá optar por permanecer en el prestador en el que se encuentra, en cuyo caso no podrá requerir la cobertura prevista en el plan para las atenciones realizadas a través de prestadores individualizados en éste.

Los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el respectivo plan.

7. Modificación especial del plan cerrado o del plan con prestador preferente

En los planes cerrados y con prestadores preferentes, deberá consignarse que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 197 del D.F.L. N° 1, la isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las situaciones previstas en los numerales 7.1 y 7.2 siguientes. Dicha oferta deberá contemplar como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

7.1.- Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan.

Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

7.2.- Si la institución 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.

La facultad regulada en este punto 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.

Título IV Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes con Cobertura Reducida de Parto²⁹

1. Transparencia de los Planes con Cobertura Reducida de Parto

Los planes de salud que contemplen una cobertura para la atención del parto superior a la establecida en el inciso 1° del artículo 190 del D.F.L. N° 1, pero inferior a la convenida para el resto de las prestaciones en el plan general, deberán indicar con caracteres destacados y a continuación del nombre del plan de que se trate, que es un "PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO" y las prestaciones afectas a dicha condición o modalidad de cobertura.

Las estipulaciones de reducción de cobertura de los planes que no incorporen dicha información en los términos indicados, se tendrán por no escritas.

Con todo, la cobertura reducida a que hace referencia el presente número, no podrá, bajo ningún concepto, afectar a las prestaciones que correspondan o se otorguen al recién nacido.

2. Modificación de un Plan con Cobertura Reducida de Parto

En este tipo de planes se deberá incluir una cláusula destacada -cuyo formato se define en el Anexo N° 7 del presente Capítulo- que establezca el derecho que le asiste a los cotizantes de sustituir el plan por otro que contemple cobertura para las atenciones relacionadas con el parto en los mismos términos previstos para el resto de las prestaciones.

La isapre estará obligada a aceptar el cambio solicitado, pudiendo el (la) cotizante optar por incorporarse, dentro de aquéllos que comercialice la isapre, a alguno de los siguientes planes:

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

En todo caso, las partes podrán convenir, de común acuerdo, que el (la) cotizante se incorpore a un plan que otorgue mayores beneficios, realizando los ajustes de precio que correspondan.

La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al nuevo plan, la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde su suscripción hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, más la proporción restante, correspondiente al plan que estaba vigente a la fecha de la modificación³⁰.

²⁹ Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

³⁰ Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

ANEXOS

Anexo N° 1 Plan Libre Elección

PLAN DE LIBRE ELECCIÓN³¹

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FECHA

FUN N°

PRESTACIONES	% BONIFICACIÓN SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACIÓN	MÁXIMO DE BONIFICACIÓN PARA DETERMINADAS PRESTACIONES
AGRUPACIÓN DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE			

NOTAS EXPLICATIVAS (EN CASO DE HABERLAS)

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN
SEGÚN COMPOSICIÓN
DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, pudiendo diferenciar solamente por sexo y edad, y condición de cotizante o carga (tabla de factores)

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

NOMBRE

UNIDAD

(\$, UF)

³¹ Al presente formato deberán ajustarse las isapres que no adhieran al Formato Único de Plan Libre Elección contenido en el Anexo 2 del Capítulo III del presente Compendio.

Compendio de Instrumentos Contractuales
Capítulo II Plan de Salud Complementario
ANEXOS

ARANCEL

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado³²

³² Casilla incorporada por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 2 Instrucciones de llenado del Plan de Salud Libre Elección

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD DE LIBRE ELECCIÓN

El formato de los planes de salud que sólo contemplen el otorgamiento de las prestaciones de salud bajo la modalidad de libre elección, no previéndose beneficios asociados a determinados prestadores individualizados en ellos, debe ajustarse a las siguientes instrucciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud de libre elección.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud.

2.- Eliminado

3.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del punto 1 del Título II "Instrucciones Especiales para Planes Grupales" del Capítulo II de este Compendio.

4.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la isapre.

b) Porcentaje de bonificación sobre valor real (Segunda columna)

Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor real de la prestación (Valor de la factura o boleta).

c) Tope de Bonificación (Tercera columna)

Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.

d) Monto Máximo de Bonificación para determinadas prestaciones (Cuarta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

7.- Notas Explicativas

En este campo se deberán incluir, si las hubiere, las notas explicativas de los datos que se consignen en el esquema del plan.

8.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse la tabla de factores o el precio base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, y condición de cotizante o carga, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o "pivote" en aquel rango etéreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de factores señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

9.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.

- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

10.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

11.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

12.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

13.- Firma y Huella dactilar del afiliado³³

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.

³³ Numeral incorporado por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 3 Plan con Prestadores Preferentes

PLANES CON PRESTADORES PREFERENTES

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

FECHA

FECHA	
FUN N°	

FUN N°

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		MÁXIMO DE BONIFICACIÓN DETERMINADAS PRESTACIONES	OFERTA CERRADA O PREFERENTE			MÁXIMO DE BONIFICACIÓN DETERMINADAS PRESTACIONES	PRESTADORES DERIVADOS
	%BONIFICAC. TOPE DE	EL		%BONIFICAC. TOPE DE COPAGO	EL			
	SOBRE BONIFICAC.	VALOR REAL		SOBRE BONIFICA- FIJO	VALOR REAL	CION		
AGRUPACIÓN DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE								
ATENCIÓNES DE URGENCIA								

TIEMPOS DE ESPERA (en días corridos)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -consultas médicas -exámenes -procedimientos diagnósticos y terapéuticos - intervenciones quirúrgicas |
|--|

Compendio de Instrumentos Contractuales
Capítulo II Plan de Salud Complementario
ANEXOS

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN
SEGÚN COMPOSICIÓN
DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, pudiendo diferenciar solamente por sexo y edad, y condición de cotizante o carga (tabla de factores)

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

NOMBRE
ARANCEL

UNIDAD

(\$, UF)

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE Y CERRADA DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado³⁴

³⁴ Casilla incorporada por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 4 Instrucciones de llenado del Plan de Salud con Prestadores Preferentes

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD CON PRESTADORES PREFERENTES

Las isapres deberán ajustarse al formato tipo del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud con prestadores preferentes.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan.

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud.

2.- Eliminado

3.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del punto 1 del Título II "Instrucciones Especiales para Planes Grupales" del Capítulo II de este Compendio.

4.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

- a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la isapre

b) Libre elección (Segunda columna)

Debe indicarse la cobertura que se otorgará a las prestaciones en la modalidad de libre elección, expresando:

- % Bonificación sobre valor real.

Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor real de la prestación (Valor de la factura o boleta).

- Tope de Bonificación.

Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.

c) Monto Máximo de Bonificación para libre elección (Tercera columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, en libre elección, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

d) Oferta cerrada o preferente (Cuarta Columna)

d.1. Deben indicarse los beneficios que se otorgarán cuando determinadas prestaciones o agrupaciones de prestaciones se reciban de los prestadores individualizados en el plan.

La cobertura ofrecida podrá expresarse en porcentaje de bonificación sobre el valor real de las prestaciones y tope de bonificación o, en su caso, copago fijo en pesos o en Unidades de Fomento, que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el prestador.

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su parte, si aquélla se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación.

d.2. Identificación de los prestadores en el plan

En el plan se debe indicar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones que componen su oferta cerrada o preferente.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan.

Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si este espacio no fuere suficiente, en el listado de "Condiciones y características de la oferta preferente o cerrada del plan con prestadores preferentes" que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones ambulatorias a través de una red de prestadores, podrá indicarse en esta columna, además del nombre de los prestadores institucionales que la integran, el de la respectiva red.

e) Monto Máximo de Bonificación para prestaciones otorgadas por prestadores individualizados en el plan (Quinta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas otorgadas por los prestadores individualizados en el plan, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

f) Prestadores derivados (Sexta Columna)

Debe indicarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos.

g) Atenciones de urgencia (Recuadro final)

En este recuadro deberán identificarse el o los prestadores con los cuales se haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, de conformidad con lo instruido en el punto 6.1 de este Capítulo.

Asimismo, deberá consignarse en este recuadro la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los mencionados prestadores u otros distintos.

7.- Tiempos de Espera

En este recuadro se deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, debiendo indicar los definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a lo instruido en el punto 4 de este Capítulo.

Las instituciones podrán establecer, dentro de las agrupaciones indicadas, las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el cumplimiento de la obligación instruida.

Si como resultado de lo anterior, el recuadro respectivo fuere insuficiente para registrar los datos correspondientes, éstos podrán incluirse en el listado de "Condiciones y características del plan cerrado" que se contiene en el punto 12 de este mismo Anexo.

Los tiempos máximos definidos deben expresarse en días corridos.

8.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse la tabla de factores o el precio base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, y condición de cotizante o carga, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o “pivote” en aquel rango etéreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de factores señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

9.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.
- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

10.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

11.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

12.- Condiciones y características de la oferta preferente o cerrada del plan con prestadores preferentes

Deberán incluirse en el plan, a continuación de las materias indicadas pero en una página distinta, las siguientes menciones, que deberán ajustarse estrictamente a los contenidos de esta Circular:

- a) Listado de los prestadores institucionales individualizados en el plan, orientados al otorgamiento de prestaciones ambulatorias, cuando no hayan podido incluirse en el cuerpo del plan de salud;
- b) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en el punto 3 de este Capítulo;
- c) Explicitación de los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, de acuerdo a lo instruido en el punto 4 del Título II de este Capítulo y en el punto 7 de este Anexo, en aquellos casos en que el recuadro respectivo no hubiere sido suficiente para registrar los datos correspondientes.

- d) Estipulación del momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.
- e) Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta cerrada o preferente, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.
- f) Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de conformidad con las instrucciones contempladas en los puntos 5.1 y 5.2 de este Capítulo.
- g) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 de este Capítulo.
- h) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 de este Capítulo.
- i) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 7.3 de este Capítulo.
- j) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 7.4 de este Capítulo.
- k) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3 de este Capítulo.
- l) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total de su infraestructura o paralización permanente de sus actividades, de conformidad a lo previsto en el punto 2.4 de este Capítulo.
- m) Estipulaciones para el caso de pérdida parcial y permanente de la infraestructura del o los prestadores individualizados en el plan o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de acuerdo a lo previsto en el punto 2.4 de este Capítulo.
- n) Reglas especiales sobre modificación de contrato, de conformidad a los contenidos mencionados en el punto 7.2 del Título II de este Capítulo.
- o) En general, si el otorgamiento de determinadas prestaciones en alguno o algunos de los prestadores individualizados en el plan, está condicionado a ciertos requisitos o características, éstas deberán señalarse expresamente en el plan. Ejemplo: habitación sala; habitación doble; excluye tipo departamento, etc.

13.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

14.- Firma y Huella dactilar del afiliado³⁵

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.

³⁵ Numeral incorporado por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 5 Plan Cerrado

PLAN CERRADO

NOMBRE Y CÓDIGO DEL PLAN DE SALUD

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL	GRUPAL	FECHA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	FUN N°	

PRESTACIONES	COBERTURA/PRESTADORES			MÁXIMO DE BONIFICACIÓN PARA DETERMINADAS PRESTACIONES	PRESTADORES DERIVADOS
	% BONIFICAC. FIJO SOBRE EL VALOR REAL	TOPE DE BONIFICAC.	COPAGO		
AGRUPACIÓN DE PRESTACIONES DEFINIDAS POR LA ISAPRE					
ATENCIÓN DE URGENCIA					

TIEMPOS DE ESPERA (en días corridos)

-consultas médicas -exámenes -procedimientos diagnósticos y terapéuticos -intervenciones quirúrgicas

PRECIO DEL PLAN

PRECIO TOTAL DEL PLAN SEGÚN COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

(\$, UF)

Zona en que debe indicarse el valor del plan para el cotizante y los beneficiarios, pudiendo diferenciar solamente por sexo y edad, y condición de cotizante o carga

Si el precio está expresado en UF, indicar en esta zona, el valor de conversión a pesos.

Compendio de Instrumentos Contractuales
Capítulo II Plan de Salud Complementario
ANEXOS

(tabla de factores)

NOMBRE
ARANCEL

UNIDAD

(\$, UF)

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO (En caso de
haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado³⁶

³⁶ Casilla incorporada por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 6 Instrucciones de llenado del Plan Cerrado

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD CERRADOS

Las isapres deberán ajustarse al formato tipo del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud cerrados.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan.

Además, el llenado del formato de los planes cerrados debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

1.- Nombre y Código del plan de salud

Se debe indicar el nombre y el código del plan de salud.

2.- Tipo de plan

Indicar con una "X" si se trata de un plan individual o grupal, de conformidad con lo dispuesto en el segundo párrafo del punto 1 del Título II "Instrucciones Especiales para Planes Grupales" del Capítulo II de este Compendio.

3.- Fecha

Indicar la fecha en que se firma el plan de salud por ambas partes.

4.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

5.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

Detallar la agrupación de prestaciones que defina la isapre.

b) Cobertura-Prestadores (Segunda columna)

Debe indicarse la cobertura que se otorgará a las prestaciones o agrupaciones de prestaciones cuando éstas se reciban del o los prestadores individualizados en el plan, señalando la forma en que dicha cobertura se expresa, ya sea porcentaje de bonificación sobre valor real y tope, o, en su caso, monto de copago fijo:

b.1. Forma de expresar la cobertura:

- % Bonificación sobre valor real: Deben indicarse los porcentajes de bonificación que se aplicarán sobre el valor de la prestación (valor de la factura o boleta).
- Tope de Bonificación: Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas agrupaciones de prestaciones, los cuales debe expresarse sólo en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel.
- Copago fijo en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF): Deberá indicarse el monto del copago fijo, en pesos o Unidades de Fomento, que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el respectivo prestador.

b.2. Identificación de los prestadores:

Se debe indicar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalizadas.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna, y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan. Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si el espacio no fuere suficiente, en el listado de "Condiciones y características del plan cerrado" que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones a través de una red de prestadores, podrá indicarse en esta columna, además del nombre de los prestadores institucionales que la integran, el de la respectiva red.

c) Monto Máximo de Bonificación para determinadas prestaciones (Tercera columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas otorgadas por el o los prestadores individualizados en el plan, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

d) Prestadores derivados (Cuarta Columna)

Debe indicarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos.

e) Atenciones de urgencia (Recuadro final)

En este recuadro deberán identificarse el o los prestadores con los cuales se haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, de conformidad con lo instruido en el punto 6.1 del Título III de este Capítulo.

Asimismo, deberá consignarse en este recuadro la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que éstas se realicen por los mencionados prestadores u otros distintos.

6.- Tiempos de Espera

En este recuadro se deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, debiendo indicar los definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a lo instruido en el punto 4 del Título III de este Capítulo.

Las instituciones podrán establecer, dentro de las agrupaciones indicadas, las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el cumplimiento de la obligación instruida.

Si como resultado de lo anterior, el recuadro respectivo fuere insuficiente para registrar los datos correspondientes, éstos podrán incluirse en el listado de “Condiciones y características del plan cerrado” que se contiene en este mismo Anexo.

Los tiempos máximos definidos deben expresarse en días corridos.

7.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse la tabla de factores o el precio base y la tabla de factores diferenciada por sexo y edad, indicando claramente el precio o valor asignado al cotizante y los beneficiarios, de manera que el afiliado pueda calcular el precio total del plan.

Las isapres que utilicen tabla de factores, deberán ubicar el factor unitario de referencia o “pivote” en aquel rango etéreo que contenga al cotizante hombre de 30 años.

Además, debe consignarse el valor correspondiente al precio total del plan, expresado sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Si el precio está en Unidades de Fomento, debe explicarse claramente el valor de conversión que se utilizará para determinar el equivalente en pesos (\$) al momento de descontar y pagar la cotización.

Finalmente, en aquellos planes en que se pacte el 7% de la remuneración imponible, no procederá incorporar la tabla de factores señalada más arriba, debiendo destinarse este espacio a indicar que se utilizará la referida modalidad de cotización.

8.- Arancel

- Nombre: Debe indicarse el nombre por el cual se identificará el Arancel que se aplicará para determinar los topes de bonificación.

- Unidad: Debe indicarse si el Arancel está expresado en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

9.- Tope General por Beneficiario

Señalar el tope general por beneficiario, si lo hubiera, para el período año-contrato, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

10.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

Asimismo, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

11.- Condiciones y características del plan cerrado

Deberán incluirse en el plan, a continuación de las materias antes indicadas pero en una página distinta, las siguientes menciones, que deberán ajustarse estrictamente a los contenidos previstos en este Capítulo:

- a) Listado de los prestadores institucionales orientados al otorgamiento de prestaciones ambulatorias, cuando no hayan podido incluirse en el cuerpo del plan de salud;
- b) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en el punto 3 del Título III de este Capítulo;
- c) Explicitación de los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones, de acuerdo a lo instruido en el punto 4 del Título III de este Capítulo y en el punto 6 de este Anexo, en aquellos casos en que el recuadro respectivo no hubiere sido suficiente para registrar los datos correspondientes.
- d) Estipulación del momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.
- e) Estipulaciones sobre causales, procedimiento y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de acuerdo a las instrucciones contempladas en el punto 5.3 del Título III de este Capítulo.
- f) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 del Título III de este Capítulo.
- g) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 del Título III de este Capítulo.
- h) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 5.4 del Título III de este Capítulo.
- i) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 5.5 del Título III de este Capítulo.
- j) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3 del Título III de este Capítulo.
- k) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores; pérdida total de su infraestructura o paralización permanente de sus actividades; de conformidad a lo previsto en el punto 2.4 del Título III de este Capítulo.
- l) Estipulaciones para el caso de pérdida parcial y permanente de la infraestructura del o los prestadores o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de acuerdo a lo previsto en el punto 2.4 del Título III de este Capítulo.
- m) Reglas especiales sobre modificación del contrato, de conformidad a los contenidos mencionados en el punto 7 del Título III de este Capítulo.

n) En general, si el otorgamiento de determinadas prestaciones en alguno o algunos de los prestadores individualizados en el plan, está condicionado a ciertos requisitos o características, éstas deberán señalarse expresamente en el plan. Ejemplo: habitación sala; habitación doble; excluye tipo departamento, etc.

12.- Firma y timbre isapre

Se debe estampar el timbre de la isapre y la firma del habilitado, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

13.- Firma y Huella dactilar del afiliado³⁷

En este espacio, debe firmar el afiliado en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.

³⁷ Numeral incorporado por Circular IF/N° 172 de 4 de junio de 2012.

Anexo N° 7 Cláusula sobre movilidad de cotizante de planes con cobertura reducida de parto ³⁸

CLÁUSULA QUE GARANTIZA LA MOVILIDAD DE LOS COTIZANTES ADSCRITOS A PLANES CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO

Conforme a lo señalado en el Punto 2 del Título IV de este Capítulo, en los planes con cobertura reducida de parto deberá incluirse, en forma destacada, la siguiente cláusula:

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

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

a) Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquél que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida.

b) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y aumente la cobertura de parto".

En todo caso, las partes podrán convenir, de común acuerdo, que el (la) cotizante se incorpore a un plan que otorgue mayores beneficios, realizando los ajustes de precio que correspondan.

La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al nuevo plan, la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde su suscripción hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, más la proporción restante, correspondiente al plan que estaba vigente a la fecha de la modificación³⁹.

³⁸ Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

³⁹ Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

Anexo N° 8 Declaración de Embarazo

Eliminado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

Capítulo III Instrumentos Contractuales

Título I Instrucciones Comunes para los Instrumentos Contractuales Uniformes

1. Introducción

Estas instrucciones son aplicables a las Condiciones Generales Uniformes, al Formato Uniforme del Plan de Salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, a la Declaración de Salud y a las Condiciones Tipo para el Otorgamiento de Beneficios por Parte de las Instituciones de Salud Previsional⁴⁰, en adelante “Condiciones Tipo”, así como a cualquier otro instrumento o documento contractual de naturaleza uniforme que se apruebe por la Superintendencia de Salud y a cuyo contenido adhieran las Instituciones de Salud Previsional, en los términos señalados a continuación⁴¹.

Los instrumentos uniformes forman parte integrante del contrato de salud de todas aquellas isapres que adhieran a su contenido, en los términos señalados en el punto 2 siguiente. En consecuencia, las isapres que no adhieran a los instrumentos uniformes, podrán seguir utilizando otros formatos que, en todo caso, deben ajustarse a las normas generales contenidas en este Compendio.

2. Adhesión

Se entenderá por adhesión la adopción por parte de la Institución de Salud Previsional de todas las instrucciones que se contienen en este Título y de todas las cláusulas, estipulaciones y formato de los instrumentos contractuales de naturaleza uniforme, y su utilización en todos y cada uno de los contratos que suscriba y en las incorporaciones de beneficiarios en su caso, a partir de la fecha de adhesión.

Excepcionalmente, tratándose de artículos que contengan plazos convencionales, las isapres podrán adherir a su texto haciendo expresa excepción a dichos términos, señalando los plazos que los reemplazarán.

La adhesión a estos instrumentos será voluntaria para las Instituciones de Salud Previsional.

En cualquier momento las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión a los textos uniformes, debiendo informar por escrito de ello previamente a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto y, además, en caso de revocación el fundamento de dicha determinación, conforme a las siguientes reglas:

a) En el caso de las Condiciones Generales Uniformes, la isapre que adhiera a ellas deberá utilizarlas en todos los contratos de salud que suscriba a partir del mes siguiente a la fecha en que manifieste tal determinación a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Tratándose de contratos de salud que hayan sido suscritos con anterioridad a esa fecha, la institución podrá incorporar las Condiciones Generales Uniformes con ocasión de la

⁴⁰ Ver anexos N°s 1, 2, 5 y 8 de este Capítulo.

⁴¹ Párrafo modificado por la Circular IF/N°163, del 10 de noviembre de 2011.

adecuación del contrato que corresponda. En todo caso, de común acuerdo las partes podrán suscribirlas en cualquier momento.

Las Condiciones Generales deberán ser escritas de modo claramente legible, con un tamaño de letra no inferior a 2,5 milímetros.

b) El Formulario de Declaración de Salud incluye los antecedentes personales del interesado y los de su grupo familiar, y un cuestionario con el detalle de enfermedades o preguntas relacionadas a ciertas patologías o condiciones de salud.⁴²

c) Las isapres deberán informar por escrito la adhesión o la revocación de la adhesión al Formato Uniforme del Plan de Salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, con una antelación mínima de 30 días, señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto lo informado⁴³.

d) En el caso de las Condiciones Tipo, las isapres deberán comunicar su adhesión a ellas, con 15 días de anticipación a su determinación.

La voluntad de las partes de utilizar las Condiciones Tipo en la contratación y la modalidad de entrega elegida por el afiliado, deberá quedar plasmada al reverso del formato del ejemplar del Formulario Único de Notificación (FUN) del cotizante y de la isapre, cuyo contenido se presenta en el anexo N° 7 de este Capítulo. La isapre deberá proporcionar al afiliado el ejemplar del citado reverso del FUN, una vez que sea llenado y suscrito por las partes.

Respecto de los contratos de salud vigentes, las partes podrán, de común acuerdo, reemplazar los actuales documentos que correspondan por las Condiciones Tipo, suscribiendo, en todo caso, el reverso del FUN para dejar constancia de la voluntad de adherir a las Condiciones Tipo.

En todo caso, las isapres podrán, al momento de la suscripción del respectivo contrato de salud previsual, entregar al afiliado las Condiciones Tipo ya sea en soporte de papel; en un disco compacto (CD) o, mediante e-mail, sin perjuicio de la obligación de las isapres de mantenerlas disponibles en todas sus oficinas comerciales y en sus respectivos sitios web. Del mismo modo, las Condiciones Tipo estarán a disposición de los afiliados para su conocimiento en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

3. Revisión

Los instrumentos uniformes estarán exentos del proceso de revisión de documentos contractuales que efectúa periódicamente esta Superintendencia.

No obstante lo anterior, la Superintendencia de Salud seguirá ejerciendo las facultades de revisión y control respecto del cumplimiento del Formato uniforme del plan de salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes, así como de las coberturas mínimas legales y de las notas explicativas del plan⁴⁴.

4. Difusión

Las Instituciones de Salud Previsual que utilicen el formulario de la Declaración de Salud, deberán mantenerla en el sitio Web de la isapre.

⁴² Párrafos primero y tercero eliminados según Circular IF/N° 234 de 2014.

⁴³ Letra modificada por la Circular IF/N°163, de 10 de noviembre de 2011.

⁴⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N°163, de 10 de noviembre de 2011.

Por su parte, las Condiciones Generales Uniformes estarán a disposición del afiliado para su conocimiento a través de una página electrónica que se habilitará por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, en el sitio Web de la Superintendencia de Salud.

5. Prevención respecto del artículo cuarto N°2, segunda parte, de las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de isapres (PPI)

Se aprueba la estipulación relativa a que “el traslado del beneficiario al prestador referido, es de su cargo y responsabilidad”, en el entendido que el prestador referido por la isapre debe ser razonablemente accesible para el beneficiario y no debe imponerle a éste un gravamen para el traslado que haga espurio su derecho, atendido su lugar de residencia y la existencia de oferta para el otorgamiento de las prestaciones de salud que corresponda.

Título II Tabla de Factores de los Planes de Salud Complementarios

1. Introducción⁴⁵

Las tablas de factores de los planes de salud que se comercializan a contar del 1 de julio de 2005 y de los planes alternativos que la isapre debe ofrecer a sus afiliados en las cartas de adecuación enviadas a contar del mismo mes, deberán ajustarse conforme lo dispuesto en el presente Título.

Las tablas de factores de los planes de salud de contratos suscritos con anterioridad al 1 de julio de 2005, se mantendrán vigentes hasta que el afiliado opte por aceptar un plan alternativo que se le ofrezca en alguna adecuación o hasta que contrate un plan de salud distinto.

2. Factores

Sin perjuicio de la libertad de las Instituciones de Salud Previsional para determinar los factores de cada tabla que empleen, la estructura de la tabla de factores deberá ajustarse a las siguientes instrucciones:

- a) El grupo de referencia que deberá asumir el valor igual 1,0 es el cotizante masculino para el grupo de edad comprendido entre los 30 y 34 años.
- b) La relación máxima entre el factor más bajo y el más alto de cada tabla será de hasta 9 veces, en el caso de las mujeres, y de hasta 14 veces, en el caso de los hombres, para el período comprendido entre el 1 de julio de 2005 y el 1 de julio de 2015.
- c) En cada tramo, el factor que corresponda a una carga no podrá ser superior al factor que corresponda a un cotizante del mismo sexo.

3. Estructura de la Tabla

A continuación se fija la estructura de la Tabla de Factores del Plan Complementario, en la que se determinan los tramos de edad que deberán considerar las isapres para la elaboración de dicha tabla.

Grupos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Hombre	Carga Mujer
0 a menos de 2 años				
2 a menos de 5 años				
5 a menos de 10 años				
10 a menos de 15 años				
15 a menos de 20 años				
20 a menos de 25 años				
25 a menos de 30				

⁴⁵ Numeral incorporado por el Ordinario Circular IF/N°13 de 25 de mayo de 2009.

Compendio de Instrumentos Contractuales
Capítulo III Instrumentos Contractuales
Título II Tabla de Factores de los Planes de Salud Complementarios

años				
30 a menos de 35 años	1,0			
35 a menos de 40 años				
40 a menos de 45 años				
45 a menos de 50 años				
50 a menos de 55 años				
55 a menos de 60 años				
60 a menos de 65 años				
65 a menos de 70 años				
70 a menos de 75 años				
75 a menos de 80 años				
80 y más años				

Título III Formato Mínimo del Formulario Único de Notificación (FUN)

El formato del FUN se contiene en el Anexo N° 6 agregado al final de este Capítulo y contempla los campos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud, pudiendo la isapre, agregar en cualquier sección, otros campos que estime pertinentes.

1. Características Generales del FUN

1.1.- Podrá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico o, a través de la emisión computacional de los ejemplares correspondientes. Si el llenado se realiza manualmente, los registros deberán consignarse con letra imprenta.

El reverso del FUN podrá constar en una segunda hoja, en la que deberá registrarse el mismo folio del anverso del FUN.

1.2.- Sea cual fuere el procedimiento de confección del FUN, la isapre deberá adoptar todos los resguardos que garanticen la absoluta consistencia e igualdad de los datos establecidos en los respectivos ejemplares.

1.3.- Deberá ser emitido por la isapre con foliación correlativa, seguida por el código de la Institución emisora, separado por un guion.

1.4.- Constará de tres ejemplares, uno para la isapre, otro para el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y un tercero, para el cotizante.

Adicionalmente, la isapre podrá agregar otros ejemplares que estime pertinentes.

Cada ejemplar deberá indicar el destinatario en la parte superior, inmediatamente debajo de la expresión "Formulario Único de Notificación".

1.5.- Se deberán utilizar todas las secciones que sean pertinentes a la(s) notificación(es) de que se trate.

No obstante lo anterior, esta Intendencia estima altamente conveniente que cada vez que se suscriba un FUN, independiente de la(s) notificación(es) de que se trate, se completen todas las secciones a objeto de tener en ese solo documento la situación actualizada del cotizante.

Deberán completarse todos los campos respecto de los cuales corresponda registrar información. Excepcionalmente, podrán quedar en blanco los campos referidos a teléfono, celular, correo electrónico, fax y casilla de correo, referidos al empleador y afiliado, cuando por voluntad de este último quisiera guardar reserva respecto de ellos.

1.6.- Se deberán registrar los datos actualizados del contrato, independiente de la notificación de que se trate, por ejemplo, actualización de la dirección del afiliado o empleador, teléfono y correo electrónico.

La actualización del cambio en el tramo de edad de algún beneficiario, deberá efectuarse en el mes de la anualidad, mediante el FUN tipo 6.

1.7.- Todos los ejemplares deberán ser suscritos por quienes corresponda, a excepción de los casos en que opere la aceptación tácita de la adecuación contractual propuesta por la isapre y en aquellas situaciones en que sea necesaria la firma del cotizante en virtud de la aplicación de disposiciones legales, de normativa administrativa o de estipulaciones contractuales.

1.8.- Deberá utilizarse un solo formulario para notificar dos o más modificaciones contractuales que sean simultáneas. En tales situaciones, los tipos de Notificación no deberán separarse con símbolos tales como guion, asterisco, punto, etc.

1.9.- En caso de existir un beneficiario cotizante, se debe llenar otro FUN para él, con copia a la entidad encargada del pago de su cotización.

1.10.- Cuando la notificación lo requiera, se llenarán tantos formularios como entidades encargadas del pago de la cotización existan, tomando especial cuidado que su contenido corresponda a la entidad respectiva y dé cuenta de su relación contractual con el afiliado.

1.11.- El reverso del FUN deberá contener la sección A: “Constancia de Entrega de Documentos Contractuales”, la sección B: “Constancia de Impedimento de Notificación del FUN” y la sección C: “Notas Explicativas del Llenado del FUN”, en esta última sección deberán agregarse las definiciones precisadas en el punto 3.4 letras a) y e) del presente Título.

1.12.- Alternativamente, aquellas isapres que utilicen en la suscripción de contratos el instrumento “Condiciones Tipo” regulado por la Superintendencia, deberán consignar al reverso del FUN un contenido diferente para la Sección A del formulario. En este caso la sección A corresponderá a: “Constancia de Contratación y entrega de documentos”. El formato del reverso del FUN “Adherido a Condiciones Tipo” consta como segundo anexo de la presente Circular.

Este formato de FUN sólo debe ser utilizado por aquellas isapres que voluntariamente se adhieran al uso y entrega de las Condiciones Tipo.

2. Tipos de Notificación

2.1.- SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO

Se utilizará el Tipo de Notificación 1 para dar cuenta de la afiliación de una persona a la isapre.

Asimismo, si el contrato contempla la incorporación de un beneficiario cotizante, este último también deberá suscribir un FUN Tipo de Notificación 1, para dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicándose en el formulario su condición de tal.

2.2.- TÉRMINO DE CONTRATO POR PARTE DE LA ISAPRE

Se utilizará el Tipo de Notificación 2 para dar cuenta del término del contrato de salud de un afiliado por parte de la isapre.

2.3.- SITUACIONES ESPECIALES

Se utilizará el Tipo de Notificación 3 en caso de instrucciones especiales de la Superintendencia, tal como ajuste a nuevas leyes.

2.4.- SUSTITUCIÓN, ADICIÓN O ELIMINACIÓN DEL EMPLEADOR, CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL O PREVISIONAL DEL COTIZANTE

Se utilizará el Tipo de Notificación 4 para dar cuenta de la sustitución, adición o eliminación del empleador o entidad encargada del pago de la pensión o del cambio de la situación laboral o previsional del cotizante.

2.5.- CAMBIO DE FECHA PARA CONTABILIZAR LOS PERÍODOS ANUALES

Se utilizará el Tipo de Notificación 5 para dar cuenta del cambio del mes de la anualidad del contrato.

Este Tipo de Notificación, también se utilizará cuando las partes modifiquen el mes de la anualidad de sus contratos de salud previsional, en el caso de planes grupales y matrimoniales, con el objeto de hacer coincidir la anualidad de todos los que pertenecen al grupo. Lo anterior, será procedente también respecto de los planes individuales, siempre que dicha notificación vaya asociada a un cambio de plan de salud.

2.6.- VARIACIÓN DEL PRECIO POR CAMBIO DEL TRAMO DE EDAD

Se utilizará el Tipo de Notificación 6, única y exclusivamente, para dar cuenta de la variación del precio del plan de salud complementario, producto del cambio en el tramo de edad que experimenten los beneficiarios del contrato de salud. Para cualquier otra modificación de la cotización pactada, deberá ceñirse a lo señalado en el punto 2.8 siguiente.

2.7.- MODIFICACIÓN DEL TIPO DE BENEFICIARIO Y/O RECTIFICACIÓN E INCORPORACIÓN DE ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO

Se utilizará el Tipo de Notificación 7 para dar cuenta de la inclusión o eliminación de un beneficiario del contrato y/o cuando se modifique el tipo de beneficiario, de carga legal a carga médica o viceversa.

La isapre podrá utilizar un FUN Tipo 7 cuando el afiliado solicite la rectificación de alguno de los antecedentes personales de los beneficiarios del contrato, como por ejemplo, rectificación de RUN, incorporar nombres y RUN de una carga inscrita anteriormente como nonato.

2.8.- MODIFICACIÓN DE LA COTIZACIÓN PACTADA

Se utilizará el Tipo de Notificación 8 para dar cuenta de toda modificación de la cotización pactada distinta a lo señalado en el punto 2.6 precedente.

2.9.- CAMBIO DE PLAN

Se utilizará el Tipo de Notificación 9 para dar cuenta de la modificación del plan de salud complementario, pactado por las partes.

3. Llenado del FUN

Los campos contemplados en cada una de las secciones señaladas en el anverso y reverso del FUN se deberán llenar según se indica a continuación:

3.1.- Sección A: “Tipos de Notificación”

a) En el campo “Tipos de Notificación”, se consignará el o los tipos de notificación que correspondan, según se define en el número 2 precedente.

b) En el campo “Tipo de Cotizante”, se deberá señalar si se trata del titular o del beneficiario que aporta su cotización de salud, en los términos que establece el inciso tercero del artículo 202, del D.F.L. N° 1, de la siguiente manera:

1. Cotizante Titular.
2. Beneficiario Cotizante.

3.2.- Sección B: “Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar”

a) Se debe identificar al cotizante con su número de cédula de identidad (RUN), nombre completo, domicilio particular con indicación de calle, número, departamento, block, villa, población, cuando corresponda, etc. Además, se debe indicar la comuna, ciudad, número de teléfono y celular, correo electrónico, casilla de correo y fecha de nacimiento.

b) En el campo “Sexo”, se deberá consignar la letra “M” para masculino y la letra “F” para femenino.

c) En el campo “Tipo de Afiliado”, se deberá completar con las letras que se indican, la calidad laboral del cotizante:

- D. Dependiente.
- I. Independiente.
- P. Pensionado.
- V. Voluntario.

En el caso que una persona detente más de una de las calidades señaladas precedentemente, se deberán llenar tantos formularios como calidades tenga.

d) El campo “Nombre Institución de Salud Anterior”, se debe llenar con el nombre de la institución de salud anterior a la suscripción del contrato.

e) El campo “Nombre A.F.P. o Institución de Previsión”, se debe completar sólo en caso de trabajadores activos.

f) En el campo “Total Beneficiarios”, deberá indicarse la cantidad total de beneficiarios del contrato de salud vigente, incluyendo al cotizante, cargas legales y cargas médicas.

g) En el recuadro “Identificación de los Beneficiarios”, se debe especificar para cada uno de ellos, lo siguiente:

- Código de movimiento (Cód Mov.):

01. Entra: Se utiliza cuando se incorpora una carga

02. Sale: Se utiliza cuando se elimina una carga

03. Modifica: Se utiliza cuando se modifica el tipo de beneficiario y/o se rectifica o incorpora antecedentes personales del beneficiario.

- N° Cédula de Identidad Beneficiario (RUN)

- Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres

- Fecha de Nacimiento (día, mes y año)

- Sexo (F = Femenino, M = Masculino)

- Tipo de beneficiario

01. Carga Legal

02. Carga Médica

- Código de Relación

01. Cónyuge

02. Padre

03. Madre

04. Hijos

05. Otros

06. Conviviente Civil⁴⁶

3.3.- Sección C: “Antecedentes Empleador o Entidad Encargada del Pago de la Pensión”

a) Se deberá consignar el RUT del empleador o entidad encargada del pago de la pensión, nombre o razón social, teléfono o celular, fax, correo electrónico, domicilio con indicación de calle, número, comuna, ciudad y región, donde debe enviarse la correspondencia al empleador o a la entidad encargada del pago de la pensión.

b) En el campo “N° de Entidades Encargadas del Pago de Cotizaciones”, deberá indicarse el total de entidades que concurren al pago de la cotización, en el momento de la suscripción del contrato de salud o de su modificación.

c) El campo “Modificación”, sólo debe llenarse cuando corresponda a un Tipo de Notificación 4, debiendo consignar si se sustituye, agrega o elimina el empleador o entidad encargada del pago de la pensión, llenándolo con las letras S, A o E, respectivamente. En todos los otros tipos de notificación, el campo en comento deberá quedar en blanco.

⁴⁶ Numeral 06 agregado por Circular IF N° 250, de 2015.

3.4.- Sección D: “Antecedentes del Contrato”

a) En el recuadro “Financiamiento de la Cotización Pactada (Monto y Modalidad)”, se deberá indicar la forma en que se financia la cotización pactada y la modalidad en que se expresa cada uno de los conceptos señalados, esto es, Unidades de Fomento (UF), moneda de curso legal en el país o porcentaje de la renta imponible.

El monto total de la cotización pactada puede ser compensado, es decir, que su financiamiento contemple el aporte de otro afiliado.

Por su parte, en el recuadro en comento se deberá indicar, en caso que corresponda, los datos del RUN Afiliado asociado a la Compensación, RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada. Si existen más afiliados asociados a la compensación y/o más empleadores asociados al pago de la cotización pactada, la isapre deberá considerar esta situación al momento de la elaboración e impresión de FUN, agregando los casilleros que estime pertinentes.

Los conceptos contenidos en el recuadro “Financiamiento de la Cotización Pactada”, se definen a continuación:

- Total Cotización Pactada: Corresponde a la definición de este concepto contenida en la última viñeta de la letra e) que más adelante se detalla y debe corresponder al mismo monto y modalidad, allí registrado.
- Compensación Positiva: Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- Compensación Negativa: Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación, para financiar la cotización pactada.
- Cotización otro (s) Empleador (es): Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- Cotización Total a Pagar: Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN.

Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor al total de la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato.

La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).

- RUN Afiliado asociado a la Compensación: Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensando, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada: Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

b) En el campo “Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de”, se debe indicar el mes y año de la primera remuneración que quedará afecta a la cotización.

c) En el campo “Inicio de Vigencia de Beneficios (mes incluido)”, se debe indicar el mes y año de inicio de vigencia de los beneficios del contrato.

d) En el campo “Tipo de Plan”, deberá identificarse, con las letras I, G o C, si se trata de un plan individual, grupal o individual compensado:

I. Individual

G. Grupal

C. Individual Compensado

e) En el recuadro “Descomposición de la Cotización Pactada” se deberá indicar el precio que se pactó por cada producto contratado y la modalidad en que se expresa cada uno de ellos, esto es, Unidades de Fomento (UF), moneda de curso legal en el país o porcentaje de la renta imponible.

Los productos contenidos en el recuadro citado precedentemente, se definen a continuación:

- Precio Base Plan: Es el precio asignado por la isapre a cada plan de salud complementario.
- Factor Grupo Familiar: Corresponde a la suma de factores etarios asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad): Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- Precio GES: Precio que la isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud, correspondiente al valor total del grupo familiar.
- Precio CAEC: Corresponde al precio que cobra la isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) otorgada al afiliado y a sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- Precio Beneficio Adicional: Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- Total Cotización Pactada: Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los beneficios adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.

f) El campo “Anualidad”, deberá reflejar el mes de suscripción del contrato, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad que acuerden las partes.

g) En el campo “Renuncia Excedentes”, se deberá indicar si existe o no renuncia a este beneficio por parte del afiliado.

h) El campo “Renta Imponible”, corresponde a la remuneración o pensión del mes anterior a la suscripción del contrato o anterior a la modificación de la cotización pactada. Tratándose de trabajadores dependientes o pensionados, la renta imponible deberá corresponder a lo consignado en la última liquidación de remuneración o pensión emitida por la entidad encargada del pago de la pensión, o en su defecto, la registrada en el contrato de trabajo o en la última planilla de pago de cotizaciones AFP o INP, o la registrada en la última planilla de declaración y pago de cotizaciones recibida en la isapre.

En el caso de afiliados voluntarios, el campo “Renta Imponible” debe quedar en blanco.

i) En el campo “Identificación del Plan”, deberá indicarse la denominación del plan de salud complementario contratado. Este nombre deberá ser único y de uso general en todos los documentos y archivos de la isapre.

j) En el campo “Equivalencia en pesos del Precio del Plan a la fecha de Suscripción del Contrato”, la isapre deberá especificar, a la fecha de suscripción del contrato, la equivalencia en moneda de curso legal, del precio del plan pactado en Unidades de Fomento (UF) o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

3.5.- Sección E: Antecedentes de la isapre

El Agente de Ventas que participa en la negociación, suscripción, modificación o terminación del contrato, se deberá identificar con su firma, nombre y RUN.

3.6.- Anotaciones Finales del FUN

a) La Firma Habilitado isapre y la Firma del Cotizante deben efectuarse simultáneamente, con indicación de las fechas efectivas de suscripción o modificación del contrato. En el evento que el habilitado de la isapre para suscribir el contrato de salud previsional sea el mismo agente de ventas que intervino en la negociación del contrato, se deberán completar los dos casilleros correspondientes del formulario, aunque se repita la firma.

Tratándose de aquellos FUN que deban ser suscritos por el afiliado, además se deberá estampar en la copia de la isapre, con medios indelebles, la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm⁴⁷.

b) Firma Empleador o Entidad Encargada del pago de la Pensión y fecha de la notificación deberá llenarse sólo en el caso de trabajadores dependientes o pensionados.

3.7.- Reverso del FUN

El contenido del reverso del FUN está compuesto por tres secciones. La tercera sección, referida a las “Notas explicativas del llenado del FUN” es obligatoria en los tres ejemplares del FUN, en tanto que las dos primeras secciones sólo son exigibles en el ejemplar del FUN de la isapre.

Sección A: “Constancia de Entrega de Documentos Contractuales”

En este recuadro se debe dejar constancia de los documentos contractuales entregados al afiliado, de acuerdo a la siguiente pauta:

- La isapre, frente a cada documento que está obligada a entregar al momento de la suscripción o modificación del contrato de salud, deberá escribir una X en el espacio habilitado para ello, en señal de recepción por parte del afiliado. Los documentos son: Condiciones Generales del Contrato; FUN; Declaración de Salud; Plan de Salud; Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan; Mecanismos de Otorgamiento de los Beneficios Mínimos; las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y los Procedimientos de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud.

⁴⁷ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

- Asimismo, en el formato alternativo que será utilizado por las isapres que adhieran a las “Condiciones Tipo”, se completará la Sección A con los datos del afiliado quien deberá seleccionar la modalidad de entrega del citado instrumento.
- Firma del cotizante: El cotizante deberá firmar en señal de aceptación y conformidad al momento de la recepción de los documentos.
- Fecha: Se deberá estampar el día, mes y año en que se efectúe la entrega de los documentos.

Sección B: “Constancia de Impedimento de Notificación del FUN”

En este recuadro se debe dejar constancia del impedimento de notificar el FUN al empleador porque éste se niega a recibirlo o no es habido, según se indica a continuación.

- Rechazo por el Empleador: La persona encargada de practicar la notificación deberá anotar en este espacio, la causa mencionada por el empleador que justifica el rechazo.
- Empleador no es Habido: La persona encargada de practicar la notificación deberá explicar en este espacio la causa de este impedimento.
- Fecha de la Notificación: En este espacio se estampará el día, mes y año en que se practicó el procedimiento.
- Nombre del Encargado de la Notificación: Se anotará el nombre del funcionario de la isapre o de la persona en quién ella delegue la función de notificar.
- RUN: Se deberá anotar el RUN del encargado de efectuar la notificación.
- Firma: Se deberá consignar la firma del encargado de efectuar la notificación

Sección C: “Notas explicativas del llenado del FUN”

Con el sólo propósito de dar mayor claridad al afiliado y al empleador o entidad encargada del pago de la pensión, respecto del monto de la cotización que corresponde enterar en la isapre, se deberán consignar en el reverso del FUN todas las definiciones señaladas en el punto 3.4.- letras a) y e) del presente Capítulo.

4. Situaciones Especiales

4.1.- Tipo de Notificación 4

a) En la sección B se debe tener en cuenta lo siguiente:

- En el campo “Tipo de Afiliado”, si la modificación corresponde a cambio de condición laboral o previsional del afiliado, se consignará la última condición adquirida.
- Si se agrega un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, se deberá indicar la calidad del afiliado, esto es, dependiente o pensionado, según corresponda.

b) En la sección C, se debe tener en cuenta que:

- Si se elimina un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, se deberá identificar en el FUN que se le notifica, el RUT y nombre o la razón social del empleador que se elimina y completar el campo “Modificación” (E=Elimina).

En el FUN del empleador que permanece, se deberá completar la sección D para regularizar los campos correspondientes, tales como, “Cotización otro(s) Empleador(es)”, “RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada”.

- Cuando se produzca un cambio de la condición laboral del trabajador de independiente a dependiente, se deberán completar todos los datos del nuevo empleador. El campo “Modificación” no debe llenarse.
- Tratándose de un trabajador dependiente que adquiera la calidad de independiente, deberán completarse todos los datos del empleador que se elimina. El campo “Modificación” se llenará con la letra E= elimina.

c) En las anotaciones finales del FUN, se debe tener en cuenta lo siguiente:

La copia del empleador y/o de la entidad encargada del pago de la pensión, deberá notificarse a cada uno de ellos según corresponda, obteniendo la firma respectiva en⁴⁸ el ejemplar destinado a la isapre, dentro del plazo establecido para estos efectos. En caso de eliminación de un empleador, no será necesario obtener la firma de éste, en el ejemplar de la isapre.

d) Emisión de FUN de regularización Tipo 4⁴⁹

d.1) Por cambio de entidad pagadora de la cotización de salud

Cuando la isapre detecte o constate que el cotizante omitió la notificación de cambio de empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y cuente con antecedentes suficientes acerca de quién pagará sus cotizaciones, confeccionará el FUN tipo 4 correspondiente, sin necesidad de la firma del cotizante, enviando copia de éste al afiliado por correo certificado, o en forma alternativa por correo electrónico⁵⁰.

Para acreditar esta situación, la isapre deberá contar con las planillas de pago de cotizaciones en que conste que el pago ha sido realizado, a lo menos, en dos oportunidades consecutivas, por el nuevo empleador o entidad encargada del pago de la pensión. Por otra parte, en los casos en que exista sólo cambio de nombre y RUT de un empleador, manteniendo la continuidad de sus trabajadores, será suficiente contar con una carta de dicho empleador en el que comunique estos cambios.

En cualquier caso, deberá mantener ese antecedente en el Sistema de respaldo, para eventuales fiscalizaciones.

d.2) Por cambio de condición laboral

⁴⁸ Se reemplaza la oración “en el original” por “en el ejemplar”.de acuerdo a la Circular IF N°274 de 2016

⁴⁹ Letra modificada por la Circular IF/N° 143, de 25 de enero de 2011.

⁵⁰ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

Cuando la Isapre detecte y verifique que el cotizante omitió la notificación de cambio de su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario, y viceversa, podrá regularizar dicha situación con la emisión de un FUN tipo 4 sin firma del afiliado, siempre que esté en condiciones de acreditar que ha efectuado dos citaciones al afiliado, existiendo un lapso de tiempo de 15 días entre la notificación de la primera y segunda citación y que, habiendo transcurrido el plazo otorgado para ello -que no podrá ser inferior a 30 días en total- éste no concurrió a realizar el trámite requerido.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico⁵¹.

Las citaciones antes mencionadas podrán realizarse mediante carta certificada a través de correo y/o por e-mail, en los casos que el correo electrónico del cotizante se encuentre registrado en la Isapre. En caso que la citación sea vía e-mail, la Isapre deberá estar en condiciones de acreditar el acuse recibo por parte del afiliado. En esta citación se deberá solicitar al afiliado, cuando corresponda, lo siguiente: a) que actualice y acredite su condición laboral; b) que actualice su situación contractual en términos del financiamiento de la cotización pactada; c) otros⁵².

Junto con probar que efectuó las citaciones, la isapre deberá acreditar en los casos que a continuación se indican, lo siguiente:

d.2.1) Cambio de condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario.

Requisitos copulativos:

a) Contar con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones del empleador en la que se encuentre registrado el código 2 correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el empleador anterior, donde se indique el término de la relación laboral; finiquito del contrato de trabajo del cotizante o; cualquier instrumento auténtico que pruebe la situación de cesantía.

b) Contar con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones donde conste que el entero de la cotización ha sido efectuado por el propio cotizante.

En los casos en que el cotizante ha cambiado su condición laboral de trabajador dependiente a independiente, deberá acreditarlo mediante un certificado de pago de cotizaciones de la A.F.P.

En el evento que no se acredite esta nueva condición laboral dentro del plazo otorgado por la aseguradora en las citaciones a que se refiere el segundo párrafo del punto d.2) de la presente Circular, se considerará al cotizante como “Voluntario”.

d.2.2) Cambio de condición laboral de trabajador independiente o voluntario a trabajador dependiente:

Contar con la planilla de pago de cotizaciones donde conste que el pago de cotizaciones legales de salud del afiliado, ha sido efectuado por un mismo empleador, por un período mínimo de 2 meses consecutivos.

⁵¹ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

⁵² Párrafo modificado por la Resolución Exenta N° 331, de 18 de abril de 2011.

d.3) Para regularizar el financiamiento de la cotización pactada del pensionado

Cuando la isapre detecte que la pensión de un afiliado es insuficiente para cubrir la cotización pactada de su plan de salud, podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado para reflejar aquella diferencia de cotizaciones no cubierta por la pensión y que debe ser pagada directamente por el pensionado, siempre que pueda probar que efectuó las dos citaciones a que hace referencia el punto d.2) de la presente Circular y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos:

- a) Que haya notificado el monto de la cotización pactada del pensionado a la respectiva entidad pagadora de la pensión;
- b) Que cuente con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones de la entidad pagadora de la pensión en la que conste que el monto total de la pensión se destinó al pago de la cotización.

La emisión de este FUN tipo 4 tiene por objeto notificar al pensionado de la existencia de una diferencia de cotización que no está siendo cubierta por su pensión y que, por lo tanto, debe ser financiada directamente por él.

Lo anterior, sin embargo, no faculta a la isapre para modificar la condición de pensionado a independiente o voluntario, toda vez que la calidad legal de pensionado no se ve modificada por el hecho que el cotizante deba pagar directamente eventuales diferencias de precio.

Por otra parte, la isapre estará facultada para cobrar directamente al cotizante pensionado el diferencial de cotización, sin embargo no podrá disponer el término de contrato por deuda de cotizaciones.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico⁵³.

d.4.- Para regularizar la situación del trabajador dependiente que cotiza a través de dos empleadores y uno de ellos deja de pagar.

La isapre podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado y notificarlo al empleador que continúa cotizando, para informarle el monto de la cotización total pactada a descontar, siempre que haya efectuado las dos citaciones a que hace referencia el punto d.2) de la presente Circular y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos para la eliminación del empleador que no paga:

- a) Que cuente con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones de uno de los empleadores en la que se encuentre registrado el código 2, correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el referido empleador donde se indique el término de la relación laboral o finiquito de contrato de trabajo del cotizante.
- b) Que entre los documentos que reciba respecto del pago de las cotizaciones del afiliado no exista una planilla a nombre de un nuevo empleador o del propio cotizante que dé cuenta del pago del monto de la cotización que ya no es enterada por el empleador que puso término a la relación laboral.”

⁵³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 178, de 24 de octubre de 2012.

4.2.- Tipo de Notificación 6

Al final del FUN deben consignarse la firma del habilitado de la isapre y fecha. No consignará firma del afiliado cuando se trate de una notificación con aceptación tácita.

4.3.- Tipo de Notificación 7

a) En la sección B, recuadro "Identificación de los beneficiarios", en el caso de un nonato, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El número de cédula de identidad (RUN) del beneficiario se deberá llenar con dígitos 00.
- En la columna que se refiere a los nombres del beneficiario se deberá consignar las letras NN
- Los campos Fecha de Nacimiento y Sexo, deberán dejarse en blanco.

b) En la sección D, cuando se incluyan beneficiarios al contrato, se deberá completar el campo "Inicio de Vigencia de Beneficios"

4.4.- Tipo de Notificación 8

a) En la sección D, se deberán llenar los siguientes campos, de acuerdo a las consideraciones que se indican:

- En el campo "Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de", debe consignarse el mes y año al cual corresponde la remuneración afecta a la cotización de salud que se está modificando. Cuando se trate de la incorporación de un recién nacido, la primera cotización corresponderá a aquella que se descuenta de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento.
- En el campo "Total Cotización Pactada", se debe consignar el monto total de la cotización pactada y su modalidad, incluyendo el incremento o la disminución de ésta por efectos de: modificación en el número de beneficiarios, cambio de plan por mutuo acuerdo de las partes, adecuación, modificación en la renta imponible, etc.

b) Al pie del FUN, deberán consignarse las firmas del habilitado de la isapre y del cotizante y las fechas en que se firma. No consignará la firma del afiliado cuando se trate de una adecuación con aceptación tácita.

Anexo 1 Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional

54

El presente Contrato de Salud Previsional es indefinido y las partes sólo podrán ponerle término por las causales estipuladas en él; se celebra en conformidad con lo dispuesto en la ley N° 18.933 y sus modificaciones, contenidas en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y en las Circulares emitidas por la Superintendencia de Salud, la ex Superintendencia de Isapres, y sus modificaciones.

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

- a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional;
- b) El Formulario de Declaración de Salud;
- c) Las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- d) El Plan de Salud Complementario;
- e) La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC);
- f) El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y
- g) Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas.

⁵⁴ Actualizado por la Circular IF/N° 97.

**CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL
APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD⁵⁵**

ÍNDICE..... pág. XX

TÍTULO I

BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1º: Beneficiarios del Contrato..... pág. XX

ARTÍCULO 2º: Vigencia del Contrato de Salud e Inicio de Vigencia de sus Beneficios..... pág. XX

TÍTULO II

BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3º: Beneficios Mínimos Obligatorios..... pág. XX

ARTÍCULO 4º: Ley Ricarte Soto..... pág. XX

ARTÍCULO 5º: Atenciones de Emergencia o Urgencia..... pág. XX

ARTÍCULO 6º: Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante. pág. XX

ARTÍCULO 7º: Fallecimiento del Cotizante..... pág. XX

TÍTULO III

BENEFICIOS CONVENCIONALES

A) Plan de Salud Complementario y su Modificación

ARTÍCULO 8º: Plan de Salud Complementario..... pág. XX

ARTÍCULO 9º: Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado.. pág. XX

ARTÍCULO 10º: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado..... pág. XX

⁵⁵ Índice actualizado por la Circular IF/Nº257, de 16 de enero de 2016.

B) Pago de las Atenciones Médicas y Arancel de Prestaciones

ARTÍCULO 11°: Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas.....	pág. XX
ARTÍCULO 12°: Arancel de Prestaciones.....	pág. XX

TÍTULO IV

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

A) Obligaciones del Afiliado

ARTÍCULO 13°: Obligaciones del Afiliado.....	pág. XX
ARTÍCULO 14°: Declaración de Salud.....	pág. XX

B) Exclusiones y Restricciones de Cobertura

ARTÍCULO 15°: Exclusiones de Cobertura.....	pág. XX
ARTÍCULO 16°: Restricciones a la Cobertura.....	pág. XX
ARTÍCULO 17°: Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas.....	pág. XX

C) Terminación del Contrato de Salud

ARTÍCULO 18°: Causales de Terminación del Contrato de Salud.....	pág. XX
--	---------

TÍTULO V

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 19°: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad.....	pág. XX
ARTÍCULO 20°: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud.....	pág. XX

ARTÍCULO 21°: Excedentes de Cotización.....	pág. XX
ARTÍCULO 22°: Adecuación del Contrato de Salud.....	pág. XX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 23°: Autorización del Afiliado.....	pág. XX
ARTÍCULO 24°: Fiscalización y Mecanismos de Solución de Diferencias.....	pág. XX
ARTÍCULO 25°: Domicilio y Notificaciones.....	pág. XX
ARTÍCULO 26°: Fecha y Firma del Contrato.....	pág. XX

Estas Condiciones Generales han sido aprobadas por la Superintendencia de Salud y están puestas a disposición del afiliado tanto en la página web de la isapre, como en la página web de la citada Superintendencia. Tales condiciones son comunes e idénticas para todas las Instituciones de Salud Previsional que han adherido a su texto, dentro de las cuales se encuentra esta isapre.

Los beneficiarios del Contrato de Salud tendrán derecho, de conformidad a la ley, a las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud; al 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, así como al pago de los subsidios por incapacidad laboral cuando proceda; al pago de las atenciones de emergencia o urgencia; y a los beneficios convencionales estipulados en el Plan de Salud Complementario pactado.

TÍTULO I

BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1°: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO

Son beneficiarios del presente Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) Los familiares beneficiarios del cotizante, es decir, aquellos que, respecto de éste, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no, incluyéndose en esta categoría el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830 ; y⁵⁶
- 3) Las cargas médicas cuya incorporación sea expresamente aceptada por la isapre, en donde enterarán, cuando proceda, sus cotizaciones de salud.

⁵⁶ Numeral modificado por Circular IF N° 250, de 2015.

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

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 2°: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SALUD E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

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

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

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

TÍTULO II

BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3°: BENEFICIOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS

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

1) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley 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 podrá ser modificado cada tres años, a menos que el Decreto que establece las Garantías Explícitas sea revisado en un período inferior.

Las exclusiones y restricciones de cobertura indicadas en los artículos 14°, 15° y 16° 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 de edad.

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

Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos señalados en los Nos. 2), 3), y 4) precedentes, estarán contenidos en anexos referidos a esas materias, que se entregarán al momento de la suscripción del presente Contrato y estarán siempre actualizados, a disposición de los beneficiarios en las oficinas 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 todas las prestaciones contempladas en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

ARTÍCULO 4°: LEY RICARTE SOTO⁵⁷

⁵⁷ Artículo incorporado por la Circular IF/N° 257, de 11 de enero de 2016.

La ley 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 respecto del Sistema de Protección Financiera que crea la ley 20.850 y su funcionamiento, a sus beneficiarios

ARTÍCULO 5°: ATENCIONES DE EMERGENCIA O URGENCIA CON RIESGO VITAL

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

Con todo, la isapre podrá recuperar aquella parte del valor pagado que, de acuerdo al Plan de Salud Complementario, sea de cargo del afiliado total o parcialmente, para lo cual, deberá informarle, por escrito, 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 en moneda nacional, 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. Con todo, durante los períodos de incapacidad laboral, la cuota deberá ser pagada directamente a la isapre por el afiliado.

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

Si al cabo de 5 años, contados desde la activación de este préstamo legal, la deuda no se hubiese pagado íntegramente, la isapre podrá liquidar el saldo insoluto y proponer al afiliado nuevas condiciones de pago.

ARTÍCULO 6°: BENEFICIARIO QUE ADQUIERE LA CALIDAD JURÍDICA DE COTIZANTE

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

ARTÍCULO 7°: FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE

En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Isapre mantendrá por un período no inferior a un año o 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 rijan los beneficios, la Isapre tendrá derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios del cotizante fallecido, cuando corresponda. A su término, el beneficiario podrá optar por contratar con la Isapre el mismo Plan de Salud Complementario, pagando el precio que resulte de multiplicar el precio base del mismo por el factor que corresponda a su sexo y edad, u otro plan de aquellos que la Isapre mantenga en actual comercialización, cuyo precio se ajuste al monto que por el beneficiario se enteraba en la Isapre, de acuerdo con la tabla de factores vigente en el plan del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente. En el caso de las personas beneficiarias adscritas a planes de salud grupales pactados en el porcentaje equivalente a la cotización legal, la isapre estará obligada a ofrecerles el mismo plan de salud grupal, debiendo éstas pagar las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por ellas⁵⁸.

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

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

Los beneficiarios del cotizante fallecido no podrán hacer uso de los recursos acumulados en la cuenta corriente de excedentes, los que sólo podrán ser dispuestos por los herederos del cotizante⁵⁹.

TÍTULO III

BENEFICIOS CONVENCIONALES

⁵⁸ Inciso modificado por la Circular IF/N° 105, de 22 de septiembre de 2009.

⁵⁹ Inciso incorporado por la Circular IF/N° 97, de 24 de junio de 2009.

A) PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

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, que 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, que es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.
- c) Plan con prestadores preferentes, que es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

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

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

ARTÍCULO 9°: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO GRUPAL Y COMPENSADO

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

a) Plan de Salud Complementario grupal o colectivo⁶⁰: Por el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores, se podrá

⁶⁰ Letra modificada por la Circular IF/N° 105, de 22 de septiembre de 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Plan de Salud Complementario compensado: Las partes podrán convenir que el afiliado se adscriba a un Plan de Salud Complementario cuyo precio sea superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la isapre. En el evento que dicha compensación sea efectuada entre cónyuges, el plan pasará a denominarse matrimonial.

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

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

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

B) PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS Y ARANCEL DE PRESTACIONES

ARTÍCULO 11°: 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. Sólo dentro de dicho plazo, podrá ser utilizada o devuelta a la isapre para su anulación y recuperación del monto del copago.

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

Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otro documento auténtico, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada, en la que debe estar claramente indicado lo siguiente:

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

El reembolso deberá ser solicitado dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura, y siempre que tal documento haya sido emitido en razón de prestaciones otorgadas dentro del período de vigencia de beneficios; de no ser así, el beneficiario pierde el derecho a recibir la bonificación correspondiente.

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

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

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

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

Los beneficiarios, al requerir las Ordenes de Atención Médica o Bonos y los Reembolsos, como asimismo, para tramitar Programas de Atención Médica, deberán exhibir la credencial de la isapre y acreditar su identidad con la cédula respectiva o con algún otro instrumento o característica identificatoria que la isapre acepte. Si la petición la hace una persona distinta del afiliado o beneficiario, aquella deberá exhibir su propia cédula de identidad, la credencial de la isapre, la cédula de identidad del beneficiario y el poder correspondiente.

En todo caso, las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario. Si, requerida la isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima, con los antecedentes que tenga en su poder, que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo expresamente y por escrito al interesado, en el plazo de 20 días hábiles, contado desde la presentación de la solicitud respectiva. La referida comunicación, deberá entregarse personalmente al interesado o remitirse al cotizante, por carta certificada, al último domicilio registrado en la isapre, de acuerdo a lo establecido en el N° 10 del artículo 12 del presente Contrato.

ARTÍCULO 12°: ARANCEL DE PRESTACIONES

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

La isapre podrá 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 ninguna especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

TÍTULO IV

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

A) OBLIGACIONES DEL AFILIADO

ARTÍCULO 13°: OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Las principales obligaciones del afiliado son las siguientes:

1. 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.
2. Declarar de manera fidedigna toda la información que la isapre requiera en la Declaración de Salud, tanto de su situación personal como de cada uno de sus beneficiarios. Tratándose de enfermedades o condiciones preexistentes, la información completa y verdadera deberá ser proporcionada al suscribir el Contrato de Salud o a la incorporación del beneficiario, cuando ésta fuere posterior.
 3. Dar cuenta a la isapre por escrito y dentro del más breve plazo, el término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de los componentes 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.
 4. 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 19 de este Contrato, tratándose de un afiliado independiente, cotizante voluntario, imponente voluntario o cesante.
 5. Hacer correcto uso de los beneficios y prestaciones que otorga el presente Contrato, tanto el afiliado como sus beneficiarios. Entre otras, se entenderá como falta a esta obligación la solicitud o percepción de beneficios fraccionando valores o tarifas del prestador, o fundados en documentos o diagnósticos falsos, prestaciones no realizadas, documentos adulterados u otorgados a personas distintas del cotizante o de sus beneficiarios registrados en la isapre, u obtenidas de prestadores diferentes al indicado en el documento, o la presentación de documentos incompletos o con omisión de información para la obtención de beneficios superiores o distintos a los que le correspondan.
 6. Cumplir con los exámenes, controles, peritajes e interconsultas que la Contraloría Médica de la isapre en uso de sus facultades le ordene realizar y entregarle toda la documentación que aquella le requiera acerca de sus antecedentes de salud. El costo de tales exámenes, controles, peritajes e interconsultas serán de cargo de la isapre.
 7. Comunicar a la isapre, dentro de los diez días siguientes contados desde la fecha en que se hayan producido, cualquiera de los siguientes hechos:
 - a) Cambio, adición o eliminación de empleador
 - b) Cesantía
 - c) Modificación de la situación previsional
 8. 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.
 9. Adjuntar la documentación pertinente, cada vez que solicite un beneficio, que acredite fehacientemente su procedencia.
 10. Informar a la isapre todo cambio de domicilio que se produzca durante la vigencia de este Contrato, personalmente o mediante carta certificada, fax, formulario diseñado por la isapre, u otro medio escrito, 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.

11. Colaborar con la isapre en el cumplimiento, por parte de ésta, de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

ARTÍCULO 14°: DECLARACIÓN DE SALUD

Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes deberán ser registradas fidedignamente por el 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.

B) EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA

ARTÍCULO 15°: EXCLUSIONES DE COBERTURA

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

- a) Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. No se considerarán con fines de embellecimiento las cirugías plásticas destinadas a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas por un accidente, ni las que tengan una finalidad estrictamente curativa o reparadora.
- b) Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el Arancel Fonasa en la modalidad libre elección.
- c) Hospitalización con fines de reposo.
- d) Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la isapre deberá cobrar el seguro obligatorio de accidentes personales a que se refiere la ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente.
- e) Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.
- f) Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas.
- g) Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, salvo que el Plan de Salud Complementario indique lo contrario, caso en el cual procederá la cobertura en los términos y bajo las condiciones que allí se convengan.
- h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el Arancel de la isapre. Sin el consentimiento de la isapre no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia la ordene en casos excepcionales conforme a la Ley N° 18.933, contenida en el D.F.L. N° 1.

ARTÍCULO 16°: RESTRICCIONES A LA COBERTURA⁶¹

a) Enfermedades o condiciones de salud preexistentes declaradas: Se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud, 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.

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 el primer día del mes siguiente al de suscripción del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

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

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

b) Cobertura por atención de parto: La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto será como mínimo, equivalente a la proporción resultante entre 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.

⁶¹ Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

C) TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

ARTÍCULO 18°: CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

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

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:

1) 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 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 contratado⁶².

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

3) 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.

4) 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, con el fin de perjudicar a la isapre.

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

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

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

⁶² Numeral modificado, como aparece en el texto, por la Circular IF/N° 100, de 15 de julio de 2009.

b) 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, adjuntando las copias que sean necesarias para que la isapre notifique a las entidades encargadas del pago de la cotización. Esta comunicación deberá presentarse en la isapre con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación y deberá contener, además de su voluntad inequívoca de desafiliarse, su nombre completo, el número de su cédula nacional de identidad, su domicilio, el nombre del asegurador público o privado al que ingresará, fecha y firma.

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

d) 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.

e) Mutuo acuerdo.

f) Fallecimiento del afiliado, en caso que se renuncie al beneficio señalado en el artículo 6° del presente Contrato.

g) Cierre del registro de la isapre.

h) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud⁶³.

TÍTULO V

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

⁶³ Agregado por la Circular IF/N° 116, de 21 de abril de 2010.

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 a que se refiere el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

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

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

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

ARTÍCULO 20°: MONTO, DECLARACIÓN Y PAGO DE LA COTIZACIÓN PARA SALUD

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según sea el caso, 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 dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la isapre o en las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Para tales efectos, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

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

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

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

ARTÍCULO 21°: EXCEDENTES DE COTIZACIÓN⁶⁴

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

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

Al momento de celebrarse el Contrato de Salud, el monto de los excedentes no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del cotizante.

Los fondos acumulados pueden ser requeridos por el afiliado en cualquier momento, para alguno de 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.

⁶⁴ Artículo modificado por la Circular IF/N° 97, de 24 de junio de 2009.

En caso de existir un crédito otorgado por el deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y/o por el copago de la atención de urgencia, el afiliado faculta expresamente a la Isapre para que ésta se pague de los excedentes existentes a la fecha y los futuros excedentes.

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

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

ARTÍCULO 22°: ADECUACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD

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

La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período anual. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el Contrato con la adecuación de precio propuesta por la isapre, y en el evento que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta.

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

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

SITUACIONES ESPECIALES

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. De igual modo podrá proceder, si se produce el término o modificación del convenio con el prestador institucional cerrado o preferente⁶⁵.

Con todo, se podrán efectuar modificaciones de los beneficios contractuales por mutuo acuerdo de las partes, lo que dará origen a la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario de entre los que se encuentre comercializando la Isapre.

DISPOSICIONES FINALES

⁶⁵ Modificado por la Circular IF/N° 97, de 24 de junio de 2009.

ARTÍCULO 23°: AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

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

Si la isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes, que se encuentre inscrito en un registro que para estos efectos llevará 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.

El afiliado o beneficiario otorga autorización a la isapre para cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la Ley N° 18.490, a que tuviera derecho.

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

ARTÍCULO 24°: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS

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

En todo caso, las partes podrán someter dicha dificultad, previamente, a mediación.

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

ARTÍCULO 25°: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

ARTÍCULO 26°: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO

Con fecha XX del mes de XX del año XXXX se suscribe el presente contrato, en duplicado, quedando un ejemplar en poder del afiliado y otro en poder de la isapre.

.....
FIRMA AFILIADO

.....
FIRMA ISAPRE

Anexo 2 Formato Único del Plan de Salud Complementario Modalidad Libre Elección

66

ISAPRE:

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

TIPO DE PLAN

INDIVIDUAL	GRUPAL	FUN N°			
PRESTACIONES	% de Bonificación	Tope de Bonificación	Tope máximo año contrato por beneficiario	Ampliación de cobertura (opcional)	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA					
MAYOR AMBULATORIA					
Día cama					
Día cama cuidados intensivos o coronarios					
Día cama cuidados intermedios					
Derecho de Pabellón					
Exámenes de laboratorio					
Imagenología					
Kinesiología					
Medicamentos					
Materiales e insumos clínicos					
Quimioterapia					
Procedimientos					
Honorarios médicos quirúrgicos					
Visita por médico tratante					
Visita por médico interconsultor					
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis					
Traslados Médicos					
AMBULATORIAS					
Consulta médica					
Exámenes de laboratorio					
Imagenología					

⁶⁶ Modificado por la Circular IF/N° 202 de 3 de octubre de 2013.

Kinesiología				
Procedimientos				
Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Box ambulatorio				
Pabellón ambulatorio				
Fonoaudiología				
Radioterapia				
Quimioterapia				
Prótesis y Órtesis				
Atención integral de enfermería y nutricionista				
Prestaciones dentales (PAD)				
<p>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</p> <p>(Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada.)</p>				
<p>OTRAS COBERTURAS</p> <p>(Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores. Ej. Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, etc.)</p>				

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

 \$ o UF

Cotización legal

 %

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

(No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

Grupos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Hombre	Carga Mujer
0 a menos de 2 años				
2 a menos de 5 años				
5 a menos de 10 años				
10 a menos de 15 años				
15 a menos de 20 años				
20 a menos de 25 años				
25 a menos de 30 años				
30 a menos de 35 años	1,0			
35 a menos de 40 años				
40 a menos de 45 años				
45 a menos de 50 años				
50 a menos de 55 años				
55 a menos de 60 años				
60 a menos de 65 años				
65 a menos de 70 años				
70 a menos de 75 años				
75 a menos de 80 años				
80 y más años				

IDENTIFICACIÓN ÚNICA ARANCEL

DEL

MODALIDAD ARANCEL

DEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL BENEFICIARIO

ANUAL

POR MONTO

(\$, UF)

(En caso de haberlo)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE⁶⁷

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

Huella Dactilar Afiliado⁶⁸

⁶⁷ Modificado por Circular IF/N° 163, de 10 de noviembre de 2011.

⁶⁸ Casilla incorporada por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO UNICO DE LOS PLANES DE SALUD DE LIBRE ELECCIÓN

A.- PLAN DE SALUD

El formato de los planes de salud en que la elección del prestador es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud previsional, debe ajustarse a las siguientes instrucciones:

- a) El formato que se contiene en este anexo se aplicará a los planes de salud de libre elección.
- b) Este formato debe contener la cobertura que se aplicará individualmente a cada uno de los afiliados al respectivo plan, sea que este último tenga el carácter de individual o grupal.
- c) En cada formato se debe incluir solamente un plan de salud.
- d) En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en la hoja anexa del plan de salud.

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

I.- Anverso del Plan de Salud Modalidad Libre Elección

1.- Título

Se debe indicar en el encabezado del plan que se trata del “Plan de Salud Complementario”, indicando a continuación que corresponde a la “Modalidad libre elección”.

2.- Identificación de la isapre

Se debe indicar el nombre de la isapre y/o su logo.

3.- Identificación del Plan

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el Campo (03) del Archivo Maestro de Planes Complementarios regulado en la Circular IF/N° 13, de 2006.

4.- Tipo de plan

Indicar con una “X” si se trata de un plan individual o grupal.

5.- FUN N°

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

a) Prestaciones (Primera columna)

En esta sección se deben detallar las agrupaciones de prestaciones de uso común que se presentan en el formato del plan de libre elección contenido en la presente circular.

Las isapres que adhieran a este formato deberán utilizar todas las categorías mencionadas en los mismos términos literales utilizados, tanto para las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, como para las prestaciones ambulatorias, pudiendo modificar el orden preestablecido o establecer agrupaciones para presentar un porcentaje de bonificación común (segunda columna) a un conjunto determinado de prestaciones, en tanto se respete la clasificación entre hospitalario y ambulatorio.

Si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente, no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

En el caso de la Quimioterapia, deberá explicar claramente las prestaciones comprendidas en esta categoría, en la nota explicativa destinada a "Coberturas", del anexo del plan de salud.

En el recuadro "Prestaciones Restringidas" se deberán indicar aquellas prestaciones que recibirán una cobertura inferior a las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas. El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

En el recuadro "Otras Coberturas" las isapres podrán incorporar todas aquellas prestaciones adicionales que considere necesario o conveniente identificar, tales como: Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, u otras. El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

b) Porcentaje de bonificación (Segunda columna)

Debe indicarse el porcentaje de bonificación que se aplicará sobre el valor real de la prestación.

c) Tope de Bonificación (Tercera columna)

Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.).

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

d) Tope máximo año contrato por beneficiario (Cuarta columna)

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

e) Ampliación de Cobertura (columna opcional)

En caso que la isapre establezca bajo ciertas condiciones alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente, ya que en esa circunstancia se trataría de un plan de esas características.

II- Reverso del Plan de Salud Modalidad Libre Elección

1.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Identificación Única de la Tabla de Factores correspondiente al plan, en caso que corresponda. Esta información deberá ajustarse a lo instruido en la Circular IF/N° 13, del 2 de febrero de 2006, en particular, al campo (03) del Archivo de tablas de factores.
- c) Tabla de factores, diferenciada por sexo y edad, en conformidad a lo instruido en el Título II del presente Capítulo.
- d) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro "Cotización Legal" y se omitirá la información a que se refieren las letras b) y c) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

2.- Arancel

- a) Identificación Única del Arancel: Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud complementario, con el objeto de identificarlo de manera única y que se aplicará para determinar los topes de bonificación. Esta denominación debe ajustarse a las instrucciones impartidas en el Campo (11) del Archivo Maestro de Planes Complementarios regulado en la Circular IF/N° 13, de 2006.
- b) Modalidad del Arancel: Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el Arancel, esto es, en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

3.- Tope General Anual por Beneficiario

Se debe señalar el tope general anual por beneficiario, si lo hubiera, para el período de un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento. El tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del plan⁶⁹.

4.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrán dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

En el recuadro siguiente, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

5.- Firma, nombre y rut del representante de la isapre y fecha⁷⁰

Se debe estampar la firma, el nombre y el rut del habilitado de la isapre y la fecha, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

6.- Firma, Nombre, Rut y Huella dactilar del afiliado⁷¹

En este espacio, se identifica al afiliado con su firma, nombre y Rut, en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.

⁶⁹ Modificado por Circular IF/N° 154, de 22 de agosto de 2011.

⁷⁰ Numeral reemplazado por la Circular IF/N° 163, de 10 de noviembre de 2011.

⁷¹ Título y párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

B.- ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

Notas explicativas del plan de salud

En esta hoja anexa se deberán incluir aquellas notas explicativas y definiciones que la isapre estime necesario incorporar para la correcta aplicación del plan de salud.

Las notas y definiciones deberán ordenarse dentro de las categorías presentadas a continuación:

1.- Coberturas

En esta categoría se deben incluir todas aquellas **notas explicativas** del plan de salud que estén directamente relacionadas con la aplicación de la cobertura del mismo, tales como, condiciones asociadas a algún nivel o categorización de prestadores o algún tipo de habitación en particular.

Además, en concordancia con el punto 6 a) del título I precedente, se deberá indicar la cobertura que esa isapre otorga a las prestaciones de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria, en caso que corresponda.

2.- Definiciones

En este tipo de notas se indicarán las definiciones y significado de siglas, tales como la expresión del tope en veces arancel (V.A.).

Adicionalmente, tal como se señala en el Anexo N°4 de este Capítulo, en caso que la isapre estime fundamental para informar al afiliado el alcance de alguna prestación particular, podrá incluir en esta categoría la o las definiciones de uso general contenidas en el citado anexo.

3.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

a) Para las bonificaciones:

Si los topes están expresados en Unidades de Fomento, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

b) Para el pago de la cotización:

Si el precio está expresado en UF, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos

Se deberá indicar la oportunidad en que la isapre aplicará el reajuste del precio del plan cuyo precio está pactado en pesos.

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

Se deberá indicar claramente la cláusula de reajustabilidad que se aplicará al arancel de prestaciones asociado al plan de salud.

Anexo 3 Plan de Salud Complementario Modalidad Prestadores Preferentes

72 73

Logo isapre

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
 MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES**

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN:

N° folio FUN

TIPO DE PLAN: (Individual o grupal según corresponda

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCIÓN			Ampliación de cobertura (opcional)
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	
	%	Tope			%	Tope		
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos								
AMBULATORIAS Consulta médica Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia								

⁷² Anexo reemplazado por la Circular IF/N° 163, de 10 de noviembre de 2011.

⁷³ Anexo modificado por la Circular IF/N° 202, de 3 de octubre de 2013.

Quimioterapia Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería Atención Integral de nutricionista Prestaciones Dentales (PAD)					
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)					
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.					
ATENCIONES DE URGENCIA (identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)					
PRESTADORES DERIVADOS (Identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)					

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE

Reverso

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF %

Cotización legal

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

(No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

TABLA DE FACTORES

(Consiguar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan)

IDENTIFICACIÓN

ÚNICA DEL ARANCEL
(\$, UF)

MODALIDAD DEL ARANCEL

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO

(\$, UF)

(En caso de haberlo)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

Huella Dactilar Afiliado⁷⁴

⁷⁴ Casilla incorporada por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

- 1.- Coberturas
- 2.- Definiciones
- 3.- Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes
- 4.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar
- 5.- Reajuste del Arancel de prestaciones
- 6.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE LOS PLANES DE SALUD MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

A) PLAN DE SALUD

Las isapres deberán ajustarse al formato uniforme del plan de salud que se instruye en este anexo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

El formato definido en la presente circular se aplicará a los planes de salud con prestadores preferentes, entendiéndose por tal 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 caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en el mismo plan.

Además, el llenado del formato de los planes debe ceñirse a las siguientes instrucciones:

I.- Anverso del Plan de Salud Modalidad Prestadores Preferentes

1.- Título

Se debe indicar en el encabezado del plan que se trata del “Plan de Salud Complementario”, señalando a continuación que corresponde a la “Modalidad con Prestadores Preferentes”.

En caso de tratarse de un plan que contemple una cobertura para la atención de parto o cesárea inferior a la convenida para el resto de las prestaciones en el plan general, se deberá indicar con caracteres destacados y a continuación del nombre del plan que se trata de un "**PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESÁREA**", conforme lo establece el numeral 1 del Título IV, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales dictado por esta Superintendencia.

2.- Identificación de la Isapre

Se debe indicar el nombre de la isapre y/o su logo.

3.- Identificación del Plan

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el campo (03) del Archivo Maestro de Planes Complementarios, regulado en el Capítulo II, Título III, punto 1.2., del Compendio de Información de esta Superintendencia.

Se puede agregar a continuación el nombre comercial o de fantasía.

4.- Tipo de plan

Se deberá indicar si se trata de un plan individual o grupal.

5.- N° de folio del FUN

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

6.- Esquema del Plan

6.1 Primera columna: Prestaciones

- **Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria; Prestaciones Ambulatorias**

En esta sección se deben detallar las agrupaciones de prestaciones de uso común que se presentan en el formato del plan con prestadores preferentes contenido en la presente circular.

Las isapres que adhieran a este formato deberán utilizar todas las categorías mencionadas en los mismos términos literales utilizados, tanto para las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, como para las prestaciones ambulatorias, pudiendo modificar el orden preestablecido o establecer agrupaciones para presentar un porcentaje de bonificación común a un conjunto determinado de prestaciones, en tanto se respete la clasificación entre hospitalario y ambulatorio.

La isapre podrá desagregar cualquiera de las prestaciones indicadas, siempre que contenga la totalidad de las categorías que se presentan en el formato de plan contenido en esta circular.

Si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación contenida en el formato uniforme, **deberá indicarlo expresamente**, utilizando expresiones tales como “sólo cobertura libre elección” o “sin cobertura preferente”, no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

En el caso de la Quimioterapia, deberá explicar claramente las prestaciones comprendidas en esta categoría, en la nota explicativa destinada a “Coberturas”, del anexo del plan de salud. En el caso que la cobertura otorgada sea sólo para el tratamiento del cáncer, ello también deberá indicarse en dicha nota explicativa.

- **Prestaciones Restringidas**

La isapre deberá indicar en este recuadro todas aquellas prestaciones que recibirán una cobertura restringida en relación con las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas. También se deberá indicar en este recuadro aquellas prestaciones o patologías que no recibirán cobertura preferente.

El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

- **Otras Coberturas**

En este recuadro las isapres podrán incorporar todas aquellas prestaciones adicionales que considere necesario o conveniente identificar, tales como: Box ambulatorio, Atención dental, Cobertura internacional, Medicamentos ambulatorios, u otras. El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones.

- **Atenciones de urgencia**

Atendido a que los contratos de salud deben garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman la oferta cerrada o preferente, la isapre deberá indicar en este recuadro, los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, así como la cobertura que se otorgará a estas atenciones, en el caso que el prestador preferente no tenga la capacidad técnica para brindar las prestaciones, pudiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso de ser distintos.

- **Prestadores derivados**

En este recuadro deberán identificarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos, pudiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso que sean distintos.

6.2 Segunda columna: Oferta Preferente

- El título de la Oferta Preferente deberá tener un asterisco (*) que haga referencia a una nota al pie de página que indique lo siguiente:

“(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE”

- **Expresión de la cobertura**

Debe indicarse la cobertura que se otorgará cuando determinadas prestaciones o agrupaciones de prestaciones sean entregadas por los prestadores individualizados en el plan.

La cobertura ofrecida podrá expresarse en: porcentaje de bonificación sobre el valor real de las prestaciones y tope de bonificación expresado en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.). o, en su caso, copago fijo en pesos o en Unidades de Fomento que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el prestador.

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su

parte, si aquélla se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación. Si las prestaciones no contemplan tope deberá indicarse expresamente “Sin Tope”.

El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones o agrupación de prestaciones.

- **Identificación de los prestadores en el plan**

Dentro de las columnas de la oferta preferente se deberá identificar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones que componen dicha modalidad.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalizadas, deberán identificarse en esta columna y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan.

Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, podrán incluirse en esta columna o, si este espacio no fuere suficiente, en el listado de “Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes” que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones ambulatorias a través de una red de prestadores, ésta deberá identificarse, y además podrán indicarse los prestadores institucionales que la integran.

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas otorgadas por los prestadores individualizados en el plan, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

6.3 Tercera columna: Modalidad Libre Elección

- **Porcentaje de bonificación**

Debe indicarse el porcentaje de bonificación que se aplicará sobre el valor real de la prestación.

- **Tope de Bonificación**

Indicar los topes máximos de bonificación aplicables a las distintas prestaciones, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.).

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna. En caso que la prestación no tenga tope deberá consignarse expresamente “Sin Tope”.

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna. En el caso de las prestaciones que no tengan los señalados montos máximos deberá consignarse expresamente “Sin Tope”.

6.4 Cuarta columna: Ampliación de Cobertura (columna opcional)

En caso que la isapre establezca, bajo ciertas condiciones, alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente de los mencionados en el plan.

II- Reverso del Plan de Salud modalidad Prestadores Preferentes

1.- Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Identificación Única de la Tabla de Factores del plan, en caso que corresponda. Esta información deberá ajustarse a lo instruido en el Capítulo II, punto 2.2 del anexo del Título III “Definiciones del Archivo de Tablas de Factores”, del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- c) Tabla de factores, se deberá consignar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan.
- d) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro “Cotización Legal” y se omitirá la información a que se refieren las letras b) y c) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

2.- Arancel

- a) Identificación Única del Arancel: Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud complementario, con el objeto de identificarlo de manera única y que se aplicará para determinar los topes de bonificación. Esta denominación debe ajustarse a las instrucciones impartidas en el Capítulo II, Título III, punto 1.2. “Definiciones del Archivo Maestro de Planes Complementarios”, del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- b) Modalidad del Arancel: Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el Arancel, esto es, en pesos (\$) o Unidades de Fomento

(UF).

3.- Tope General Anual por Beneficiario

Se debe señalar el tope general anual por beneficiario, si lo hubiera, para el período de un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento.

4.- Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrán dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

En el recuadro siguiente, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

5.- Firma, nombre y rut del representante de la isapre y fecha

Se debe estampar la firma, el nombre y el rut del habilitado de la isapre, y la fecha, lo que debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

6.- Firma, Nombre, Rut y Huella dactilar del afiliado⁷⁵

En este espacio, se identifica al afiliado con su firma, nombre y rut, en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.”

B.- ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES

Notas explicativas del plan de salud

En esta hoja anexa se deberán incluir aquellas notas explicativas y definiciones que la isapre estime necesario incorporar para la correcta aplicación del plan de salud, pudiendo usarlas para aclarar o precisar la información contenida en el anverso del plan. Por lo anterior, no corresponde incorporar aquí restricciones a la cobertura que no estén debidamente señaladas en el anverso del plan de salud.

Las notas y definiciones deberán ordenarse dentro de las categorías presentadas a continuación:

⁷⁵ Numeral y párrafo reemplazado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

1.- Coberturas

En esta categoría se deben incluir todas aquellas **notas explicativas** del plan de salud que estén directamente relacionadas con la aplicación de la cobertura del mismo, tales como, condiciones asociadas a algún nivel o categorización de prestadores o algún tipo de habitación en particular.

Además, en concordancia con el N°6.1 del Título I precedente, se deberá indicar la cobertura que esa isapre otorga a las prestaciones de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria, en caso que corresponda.

2.- Definiciones

En este tipo de notas se indicarán las definiciones y significado de siglas, tales como la expresión del tope en veces arancel (V.A.).

Adicionalmente, en caso que la isapre estime fundamental para informar al afiliado el alcance de alguna prestación particular, podrá incluir en esta categoría la o las definiciones de uso general contenidas en el Anexo N°4 del Capítulo III del Compendio de Instrumentos Contractuales, las que, en todo caso, son plenamente aplicables a los planes a que se refiere esta circular.

3.- Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes

Deberán incluirse las siguientes menciones:

- a) Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, de conformidad con las instrucciones contempladas en el punto 5.4 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- b) Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia, según lo instruido en el punto 6.1 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- c) En caso que existan tiempos de espera, deberá indicarse en este punto los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones. Además deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera.
- d) Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta preferente, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.
- e) Estipulaciones referentes al derecho a traslado que regula el punto 6.2 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- f) Si el plan contempla médico de cabecera, las estipulaciones y menciones que se señalan en el punto 3 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- g) Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica previstas en el punto 5.5 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, en caso que corresponda.

- h) Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, de conformidad al punto 5.6 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales, en caso que corresponda.
- i) Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores, de conformidad con lo instruido en el punto 2.3, del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- j) Reglas especiales sobre modificación de contrato, según lo instruido en el punto 7 del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.
- k) Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades, o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato, de conformidad a lo previsto en el punto 2.4. del Título III, del Capítulo II del Compendio de Instrumentos Contractuales.

4.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

- a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresados en Unidades de Fomento, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
- b) Para el pago de la cotización: Si el precio está expresado en UF, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

Se deberá indicar claramente la forma y oportunidad en que se reajustará el arancel de prestaciones asociado al plan de salud.

6.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos

Se deberá indicar la oportunidad en que la isapre aplicará el reajuste del precio del plan cuyo precio está pactado en pesos, en caso que la isapre comercialice planes bajo esta modalidad de precio.

Anexo 4 Definiciones de uso general

Las definiciones generales que se contienen a continuación forman parte de esta circular y tienen por objetivo establecer un consenso a nivel de las isapres que adhieren al Formato Uniforme del Plan de Salud, para efectos de determinar la cobertura que recibirán algunas prestaciones.

No obstante lo anterior, no deben ser incluidas en el anexo del plan de salud, a menos que la isapre lo estime fundamental, para informar al afiliado del alcance o restricciones de alguna prestación particular, en cuyo caso deberá incorporarla en la nota referida a "Definiciones".

1.- Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria

Cuando exista un ingreso hospitalario, la utilización de un día cama en un establecimiento asistencial por, a lo menos, cuatro horas o cuando se realice una prestación asociada a un guarismo de un pabellón 5 o superior, se entenderá que se trata de una prestación de este grupo y recibirá cobertura hospitalaria.

2.- Derecho de pabellón

Corresponde al derecho de uso de aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas, obstétricas o traumatológicas.

Por anexos se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre los más destacables, están las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, unidad de esterilización, etc.

Esta prestación incluye en su valor el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

a) Muebles e Instalaciones

- Mesas quirúrgicas
- Vitrinas y muebles para almacenamiento del instrumental
- Equipos de iluminación de emergencia
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Calefacción y aire acondicionado

b) Equipos e Instrumental

- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.
- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo.

(Incluyendo conexiones y accesorios).

- Equipos de ventilación mecánica.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.
- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones
- Equipo completo de cirugía video laparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

c) Insumos y Elementos

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas de vidrio o desechables
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Cánulas y sondas desechables o recuperables.
- Drenajes de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis.
- Implementos de administración de oxígeno y nebulizaciones.
- Conexiones y receptáculos de máquinas de aspiración y sondas.
- Recolectores de orina.
- Bombas de infusión continua con sus bajadas correspondientes.
- Todo tipo de material de sutura.
- Equipo completo de ropa esterilizada o no para intervenciones (Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc.)
- Ropa esterilizada para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

d) Gases

- Oxígeno y aire comprimido.

e) Anestesia Y Otros

- Anestésicos, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

3.- Medicamentos y Materiales e insumos clínicos

Corresponde a todos los medicamentos y materiales e insumos clínicos utilizados durante una hospitalización.

4.- Box ambulatorio

La isapre podrá bonificar bajo este concepto aquellos cobros que haga el prestador, por la utilización de cualquier tipo de acomodación dentro del establecimiento asistencial -cama, sillón, camilla u otro- con fines de diagnóstico o tratamiento, que se utilice por menos de 4 horas.

Anexo 5.1 Declaración de Salud^{76 77}

Identificación Isapre	DECLARACIÓN DE SALUD
	N° Folio <input type="text"/>
IMPORTANTE	
ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO.	
SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD PREEXISTENTE LA ISAPRE PUEDE:	
1. NEGAR LA COBERTURA PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O	
2. TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.	
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, CON LETRA IMPRENTA, DE SU PUÑO Y LETRA, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.	

A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE	
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>
RUN	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> Día/Mes/Año
Nombre Institución de Salud Actual	<input type="text"/>
Tiene pensión de invalidez	<input type="checkbox"/> S=Si N=No
Causal	<input type="checkbox"/> 1= Enfermedad común 2= Enferm. profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de invalidez	<input type="text"/>
Estuvo antes en esta isapre	<input type="checkbox"/> S=Si N=No

B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS
Debe individualizar a todas sus cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.
Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su contrato de salud.

⁷⁶ Incorporado según Circular IF/N° 235 de 2014.

⁷⁷ Modificado por Circular IF/N° 250 de 2015.

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el cotizante)							
Nombre y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Tipo de Carga	Peso	Talla
		01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros 06. Conviviente Civil		M=Masculino F=Femenino	L=Legal M=Médica		

C. LISTADO DE PREGUNTAS				
<p>Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.</p> <p>El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.</p>				
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA

1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento: por ejemplo, trastornos del ánimo, depresión, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencia (drogas, tabaco, alcohol, etc.).

SI
 NO

2. Enfermedades del sistema nervioso o que le afecten: por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fístulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

3. Enfermedades del sistema respiratorio: por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.

SI
 NO

4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

SI
 NO

5. Enfermedades del sistema digestivo: por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.

SI
 NO

6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

SI
 NO

7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

SI

NO

9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.

SI

NO

10. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

SI

NO

11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas: por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier anomalía, patología congénita.

SI

NO

12. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI

NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

SI
 NO

14. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

SI
 NO

15. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SI
 NO

16. Enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

SI
 NO

17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
18. Traumatismos, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
19. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
20. Infertilidad o Esterilidad: indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
21. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
22. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
23. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>
24. Otras enfermedades: Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente.				SI <input type="checkbox"/>
				NO <input type="checkbox"/>

D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento.

 Firma / Huella digital del Interesado

 Fecha

E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

 Nombre y Firma Médico de la Isapre

 Fecha

F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE

Aceptado : sin restricción con restricción

Rechazado : Motivo del rechazo:

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

En caso de rechazo, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí No

G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas. Sí No

Firma Cotizante

Fecha

Firma y RUN Agente de Ventas

Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado

Anexo 5.2 Comprobante para el Afiliado⁷⁸

COMPROBANTE PARA EL BENEFICIARIO

N° Folio Declaración de Salud	
Nombre del postulante	
RUN del postulante	
Fecha del llenado de la declaración	
Fecha de respuesta a la solicitud	

Nombre y RUT del representante de la Isapre

Firma

⁷⁸ Incorporado según Circular IF/N° 235 de 2014.

Anexo 6⁷⁹ Formulario Único de Notificación

FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN											
(DESTINATARIO)											
SECCIÓN A: Tipos de Notificación.						N° Folio	Cod. Isapre				
1. Suscripción de Contrato. 2. Término de Contrato por parte de la Isapre 3. Situaciones Especiales 4. Sustitución, adición o eliminación del empleador, cambio de situación laboral o previsional del cotizante.						5. Cambio de fecha para contabilizar los períodos anuales. 6. Variación del Precio por cambio del tramo de edad 7. Modificación del tipo de beneficiario y/o rectificación e incorporación de antecedentes del beneficiario. 8. Modificación de la cotización pactada 9. Cambio de Plan.				Tipos de Notificación	
						Tipo de Cotizante	<input type="checkbox"/> 1. Cotizante Titular <input type="checkbox"/> 2. Beneficiario Cotizante				
SECCIÓN B: Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar.											
N° de Cédula de Identidad (RUN)											
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres					
Domicilio					Correo Electrónico						
Comuna		Ciudad		Teléfono		Cebular		Casilla de Correo			
Fecha Nacimiento		Sexo		Tipo de Afiliado		Nombre Institución de Salud Anterior					
Día Mes Año		M= Masculino. F= Femenino.		D. Dependiente I. Independiente P. Pensionada V. Voluntario							
Nombre A.F.P. o Institución de Previsión				Total Beneficiarios		Cod. Mov.		Tipo de Benef.		Cod. Relación	
						01. Entra 02. Sale 03. Modifica		01. Carga Legal 02. Carga Médica		01. Conyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros 06. Conviviente Civil	
Identificación de los Beneficiarios											
c	Cod	N° de Cédula de Identidad	Apellido	Apellido	Nombres	Fecha Nacimiento		Sexo	Tipo de	Cod.	
c	Mov	Beneficiario (RUN)	Paterno	Materno		Día	Mes	Año	F/M	Benef.	Relación
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
SECCIÓN C: Antecedentes Empleador o Entidad Encargada del Pago de la Pensión.											
R.U.T.											
Nombre o Razón Social					Teléfono o Cebular			Fax			
Domicilio					Correo Electrónico						
Comuna		Ciudad		Región		N° Entidad Encargada del Pago de Cotizaciones		Modificación			
								S= Sustituye A= Agrega E= Elimina			
SECCIÓN D: Antecedentes del Contrato.											
FINANCIAMIENTO DE LA COTIZACIÓN PACTADA (Monto y Modalidad)											
Total Cotización Pactada				RUN Afiliado asociado a la Compensación							
Compensación Positiva				+							
Compensación Negativa				-							
Cotización otros(s) Empleadores)				-							
COTIZACIÓN TOTAL A PAGAR				RUT - otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada							
Por Empleador, Cotizante o Entidad encargada del pago de la pensión.				-							
Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de				Mes Año		Inicio de Vigencia de Beneficios (mes incluido)					
						Mes Año					
DISCOMPOSICIÓN DE LA COTIZACIÓN PACTADA											
Precio Base Plan		Factor Grupo Familiar		Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad)		Anualidad		Renuncia Excedentes		Tipo de Plan	
		*		=		Mes				I. Individual C. Grupal C. Individual Compensado	
Precio GES		+				Renta Imponible					
Precio CAEC		+				Identificación del Plan					
Precio Beneficio Adicional		+				Equivalencia en pesos del Precio del Plan a la fecha de Suscripción del Contrato					
TOTAL COTIZACIÓN PACTADA				=							
SECCIÓN E: Antecedentes de la Isapre.											
Firma Agente de Ventas			Nombre Agente de Ventas			RUN Agente de Ventas					
Firma Habilitado Isapre			Firma del Cotizante			Firma Empleador o Entidad encargada Pago Pensión					
Fecha			Fecha			Fecha					
Día Mes Año			Día Mes Año			Día Mes Año					
						Huella Dactilar Cotizante					

Nota: Sr. Empleador, este documento no registrará la firma de su trabajador en el evento de operar la aceptación tácita de la adecuación contractual propuesta por la Isapre y en otras situaciones previstas en la normativa vigente

⁷⁹ Modificado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012 y por la Circular IF/N° 250 de 2015.

Compendio de Instrumentos Contractuales
 Capítulo III Instrumentos Contractuales
 ANEXOS

Sección A: "Constancia de entrega de documentos contractuales"

DOCUMENTOS ENTREGADOS	X
Condiciones Generales del Contrato.....	
Formulario Único de Notificación (FUN).....	
Declaración de Salud.....	
Plan de Salud.....	
Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan.....	
Mecanismos de Otorgamiento de los Beneficios Mínimos.....	
Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.....	
Procedimientos de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud.....	
Otros (Sucursales, Prestadores en Convenio, etc.)	

Sr. Cotizante firme esta constancia sólo si ha recibido los documentos indicados

 FIRMA COTIZANTE

 FECHA

Sección B: "Constancia de impedimento de notificación del FUN"

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN	
A) RECHAZO POR EL EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO
.....
.....
.....
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN.....	
NOMBRE DEL ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN.....	
R.U.N.:.....	FIRMA:.....

Sección C: "Notas Explicativas del llenado del FUN"

- a) **Precio Base Plan:** Es el precio asignado por la Isapre a cada plan de salud complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores étareos asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) **Precio CAEC:** Corresponde al precio que cobra la isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas otorgada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
- h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación, para financiar la cotización pactada.
- j) **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado, o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).
- l) **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensado, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- m) **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

¹texto eliminado en virtud de la Circular IFN°76, de fecha 25 de julio de 2008.

Anexo 7 Reverso alternativo del FUN

80

REVERSO ALTERNATIVO DEL FUN PARA USO DE AQUELLAS ISAPRES QUE ADHIERAN A LAS CONDICIONES TIPO

Sección A: Constancia de contratación y entrega de documentos

Con fecha....., entre Don..... y la Isapre....., representado por....., se ha celebrado un contrato de salud previsual de plazo indefinido, conviniendo las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento conforme a lo establecido en el artículo 189 y demás disposiciones pertinentes del DFL N°1 de, 2005, de Salud y las instrucciones de la Superintendencia.

Son parte integrante del Contrato de Salud los documentos que a continuación se individualizan y respecto de los cuales se deja constancia a través de este documento, de su entrega y medio a través del cual ésta se efectuó.

A.1.- Las “Condiciones Tipo” comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia⁸¹:

- 1.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud
- 2.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas
- 3.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres
- 4.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Las partes dejan constancia que las “Condiciones Tipo” se han entregado al afiliado, en este acto, en la modalidad que se indica a continuación:

Tarje el casillero que corresponda: CD PAPEL E_MAIL

Escriba su e-mail.....

Las “Condiciones Tipo” se encuentran disponibles para usted en cualquier oficina comercial de la Isapre y, además, se encuentran en la página web de la Isapre y en la pág. web de la Superintendencia de Salud.

A.2.- Otros documentos del contrato de salud que se entregan en este acto, en formato papel:

⁸⁰ Anexo reemplazado, por el que aparece en el texto, por Ordinario Circular IF/N° 24, de 29 de agosto de 2008.

⁸¹ Literal modificado por la Circular IF/N° 110, de 21 de enero de 2010.

- 5.- Plan de Salud
- 6.- Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan
- 7.- Formulario Único de Notificación (FUN)
- 8.- Declaración de Salud

FIRMA COTIZANTE

NOTA IMPORTANTE: Sr. Cotizante firme esta constancia solo si recibió los documentos contractuales de acuerdo la forma elegida por Ud.

Sección B: Constancia de Impedimento de notificación del FUN

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN	
A) RECHAZO POR EL EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO
FECHA DE NOTIFICACIÓN.....	

Sección C: Notas Explicativas del llenado del FUN

- a) **Precio Base Plan:** Es el precio asignado a la Isapre a cada plan de salud complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) **Precio CAEC:** Corresponde al precio que cobra la Isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas otorgada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.

- f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
- h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación para financiar la cotización pactada.
- j) **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores) distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).
- l) **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensado, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
 - m) **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

Anexo 8 CONDICIONES TIPO PARA EL OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

82

**Condiciones Tipo para el
Otorgamiento de Beneficios por parte de las
Instituciones de Salud Previsional**

Marzo 2008

⁸² Actualizado a través de las Circulares IF/N°97, de 25 de junio de 2009, IF/N°105 de 22 de septiembre de 2009, e IF/N°121, de 4 de junio de 2010.

Los documentos que se incluyen en estas “Condiciones Tipo” fueron aprobados por la Superintendencia de Salud e instruidos como texto obligatorio a todas las Isapres a través de las siguientes circulares:

Circular IF N° 12

Imparte instrucciones sobre condiciones generales uniformes para los Contratos de Salud Previsional. (Para Isapres que optaron por adherirse)

Circular IF N° 7

Imparte instrucciones sobre las nuevas condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que indica y complementa la Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. (Para Isapres que optaron por adherirse)

Circular IF N° 2

Imparte instrucciones sobre el ajuste de los Contratos de Salud a la ley N° 19.966.

Circular IF N° 18

Imparte instrucciones sobre la difusión de las Nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.

Circular IF N° 39

Imparte instrucciones sobre la difusión de las nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.

Circular IF N°119

Imparte instrucciones sobre la difusión de las nuevas Condiciones de Salud Garantizadas

Los textos originales se encuentran a disposición de los usuarios en las páginas Web de las Isapres que se han adherido a las Condiciones Tipo y en la página web de la Superintendencia de Salud:

www.superdesalud.cl

La recepción de este documento forma parte del FUN correspondiente.

CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

El presente Contrato de Salud Previsional es indefinido y las partes sólo podrán ponerle término por las causales estipuladas en él; se celebra en conformidad con lo dispuesto en el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y en las Circulares emitidas por la Superintendencia de Salud, la ex Superintendencia de Isapres, y sus modificaciones.

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

- a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional⁸³;
- b) El Formulario de Declaración de Salud;
- c) Las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- d) El Plan de Salud Complementario;
- e) La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC);
- f) El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y
- g) Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas.

⁸³ Mediante Circular IF/N° 257, de 11 de enero de 2016, se eliminó de éste anexo las Condiciones Generales Uniformes para el Contrato de Salud Previsional, atendido a que se encuentra regulado en el Anexo N°1, del Capítulo III, de este Compendio.

**CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL
PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE
(CAEC en CHILE)**

ARTÍCULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC	<u>Página</u>
1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS	XX
a) Red Caec	XX
b) Cobertura adicional para enfermedades catastróficas	XX
c) Copago	XX
d) Enfermedades catastróficas	XX
e) Deducible	XX
2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE	XX
3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE	XX
a) Planes individuales pactados en unidades monetarias	XX
b) Planes individuales y grupales pactados en el porcentaje de la cotización legal	XX
c) Planes individuales compensados, grupales o matrimoniales	XX
4.- ATENCIONES DE URGENCIA	XX
5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.	XX
6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS	XX
7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA	XX
8.- PAGO DEL DEDUCIBLE	XX
9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA	XX

10.- DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CAEC	XX
11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL	XX
ARTÍCULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC	XX
1) Si opta por la atención en la GES	XX
2) Si no opta por la atención en la GES	XX
3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC	XX
ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES	XX
ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE	XX
LISTADO DE ANEXOS	XX
ANEXO N° 1: Petición del beneficio y derivación a la Red	XX
ANEXO N°2: Requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre.....	XX

**CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL
PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE
(CAEC en CHILE)**

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsional suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:

El Anexo 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.

ARTÍCULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

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

Para el otorgamiento de 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 (Aprueba Reglamento de Hospitales y Clínicas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalarias 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 1 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.

Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca la GES, esto sólo aplicable para efectos de GES-CAEC y por 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, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente Artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones.

El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.

En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquél que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente. Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.

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

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 PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL

Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.

Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES:

Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un plan de salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:

- a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la RED CAEC a la Isapre
- b) El médico tratante deberá autorizar el traslado
- 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 el Artículo 173 del DFL 1 de 2005, de Salud.

Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.

Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. 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 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.

Practicado el aviso, 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. Excepcionalmente, en el evento que no se haya podido efectuar el aviso por razones no imputables al beneficiario o su representante, el beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, y siempre y cuando durante toda su estadía el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación contemplada por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún periodo, tales como, habitación de Cuidados Intensivos o Intermedios.

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, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

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

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

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este Artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como 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 1 de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en el Artículo 189 letra g para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el Artículo 190 respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

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

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

- a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago, la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de 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.
- c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.
- d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.
- e) Cuando el contrato de salud previsional termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este Artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador -médico o institucional- correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo 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 HOSPITALIZACION 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 esté hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.
- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización de nivel intermedio y/o intensivo y que la hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.
- Debe tratarse de patologías que justifiquen la hospitalización domiciliaria.
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante. La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.

- La empresa que preste el servicio de hospitalización domiciliaria, deberá estar acreditada y cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias de orden sanitario que sean pertinentes, además de contar con dirección médica responsable y llevar ficha clínica del paciente.
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reingreso al hospital, Alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de enfermedades crónicas y tratamientos de antibióticos.

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular N° 59 del año 2000, de la ex - 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.

ARTÍCULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud – GES, contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera expresamente señalada en la ley N° 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 este 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 197 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios 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 Catastróficas 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 el DFL N° 1, de 2005, de Salud.

LISTADO DE ANEXOS

(Modelos, originales en la Isapre)

N° 1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

N° 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO
DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE

ANEXO N° 1

(Modelo, original en la Isapre)

PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

- 1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.
- 2.- Deberá llenar y firmar el formulario 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 INCORPORACION 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 deberá formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

FORMULARIO Nº 1

Logo Isapre

Nº Solicitud: _____

SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado	_____	RUT del Afiliado:	_____		
Nombre del Paciente	_____	RUT del Paciente:	_____		
Domicilio	_____	Ciudad :	_____		
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____	Cel:	_____
Diagnostico GES	_____				
Diagnostico CAEC	_____				
Tratamiento a seguir	_____				
Médico Tratante	_____	Especialidad	_____		
Institución	_____				
Hospitalizado	SI _____	Desde	____/____/____	Hasta	____/____/____
	NO _____				
	Institución	_____			
Fue Traslado	SI _____	Desde / Hasta	_____		
	NO _____				

Identificación del Representante

Nombre	_____				
Rut	_____	Relación	_____		
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____	Cel:	_____

IMPORTANTE:

Isapre YYYYYYY, 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 mas 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 Nº2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____
Firma

Agencia :	_____	Fecha Recepción :	____/____/____
Funcionario Receptor :	_____	Hora de Recepción :	____:____:____

FORMULARIO N° 2
(Modelo, original en la Isapre)

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

Isapre _____ 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:

Nombre del Paciente:

Rut:

Diagnóstico CIE 10

Tratamiento Indicado:

Fecha Solicitud CAEC:

Monto Deducible:

Fecha Vº Bº:

Fecha Inicio Beneficios:

**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 del Artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.
- 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 del Artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.
- 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 las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile
- 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 catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 189 letra g y 190 del DFL N° 1, de 2005, de Salud 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 y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades catastróficas, 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.

ACEPTO INGRESO A LA RED

Firma de Familiar Responsable

Nombre:

Rut:

Fecha :

Timbre de Caja

Firma.....

ANEXO N° 2

(Modelo, original en la Isapre)

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 catastróficas.
- 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.

**CONDICIONES PARTICULARES
PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES
(PPI)**

	<u>Página</u>
PRIMERO: GENERALIDADES	XX
SEGUNDO: COBERTURA	XX
TERCERO: VIGENCIA	XX
CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO	XX
QUINTO: PRECIO	XX
SEXTO: BENEFICIARIOS	XX
SEPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS	XX
7.1 Programa del niño	XX
7.1.1 Control del desarrollo psicomotor, estado nutricional, obesidad, registro y consejería de inmunizaciones PAI	XX
Recién Nacidos	
7.1.2 Fenilcetonuria	XX
7.1.3 Hipotiroidismo Congénito	XX
7.1.4 Displasia del Desarrollo de Caderas	XX
Lactantes	
7.1.5 Displasia del Desarrollo de Caderas	XX
Niños y Niñas entre 2 y 5 años	
7.1.6 Sobre peso y Obesidad	XX
7.1.7 Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	XX
7.1.8 Detección de malos hábitos bucales	XX

7.2 Programa control del embarazo	XX
7.2.1 Control médico y de matrona	XX
7.2.2 Diabetes Mellitus Gestacional	XX
7.2.3 Infección por virus de inmunodeficiencia humana	XX
7.2.4 Sífilis	XX
7.2.5 Infección Urinaria	XX
7.2.6 Sobrepeso y Obesidad	XX
7.2.7 Hipertensión Arterial	XX
7.2.8 Beber Problema	XX
7.2.9 Tabaquismo	XX
7.3 Programa del adulto y del adulto mayor	XX
Personas de 15 años y más	
7.3.1 Promoción del ejercicio	XX
7.3.2 Beber problema	XX
7.3.3 Tabaquismo	XX
7.3.4 Sobrepeso y Obesidad	XX
7.3.5 Hipertensión arterial	XX
7.3.6 Diabetes Mellitus	XX
7.3.7 Sífilis	XX
7.3.8 Tuberculosis	XX
Mujeres desde 25 a 64 años	
7.3.9 Cáncer cervicouterino	XX
Personas de 40 y más años	
7.3.10 Dislipidemia	XX
Mujeres de 50 y hasta 55 años	XX
7.3.11 Cáncer de mama	XX
Adulto de 65 y más años	
7.3.12 Evaluación funcional para una vida autovalente	XX

Mayores de 35 años	
7.3.13 Prevención cardiovascular en población de riesgo	xx
Mujeres en Edad Fértil	
7.3.14 Promoción consumo de ácido fólico, fierro y calcio	xx
Anexo N° 1: Objetivos según control	xx

CONDICIONES PARTICULARES
PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES
(PPI)

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

El PPI incluye la totalidad de las prestaciones, procedimientos, exámenes, intervenciones y métodos incluidos en el DS N°3, del 2016, rectificado por el DS N°21, de 2016, 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.⁸⁴

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 decidirá cuando solicitar las coberturas del PPI cuando corresponda de acuerdo a los procedimientos indicados por la Isapre. La cobertura sólo operará si el beneficiario cumple con el procedimiento y además se atiende en el prestador referido por la Isapre.

En lo que corresponda a las prestaciones contempladas en 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

⁸⁴ Párrafo reemplazado por la Circular IF N°272, 22.07.2016

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

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 tiene costo adicional al plan de salud complementario, siempre que se entreguen en las condiciones, oportunidad y en los prestadores referidos por la Isapre.

SEXTO: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta cobertura serán aquellos 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.

Cronograma del Control del Niño

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

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

RECIEN NACIDOS

7.1.2 FENILCETONURIA

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.

Beneficiario: Recién nacido.

7.1.3 HIPOTIROIDISMO 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

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.
Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

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.
Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

7.1.8 DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES

- Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

7.2 PROGRAMA CONTROL DEL EMBARAZO

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

7.2.1 CONTROL MEDICO Y DE MATRONA:

Intervención de Médico: al inicio del embarazo (1^{er} mes) y al 8^{vo} 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

7.3.1 PROMOCION DEL EJERCICIO

Examen: Consejería

Beneficiario: Personas de 15 años 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.

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.

7.3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición de Peso y Talla para Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunsferencia 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.

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.

7.3.6 DIABETES MELLITUS

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Beneficiario: Personas de 15 y más años con factores de riesgo mayores de 40 años, 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 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 y entre 18 y 24 años con vida sexual activa.

PERSONAS DE 40 Y MAS AÑOS

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.

MUJERES DE 50 Y HASTA 55 AÑOS

7.3.11 CÁNCER DE MAMA:

Examen: 2 Mamografías en total, a contar de los 50 años de vida y hasta los 55 años.

Beneficiario: Mujeres de 50 y hasta 55 años.

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS

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

Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición, y derivación a GES si corresponde.

MAYORES DE 35 AÑOS

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.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

7.3.14 PROMOCION CONSUMO DE ACIDO FOLICO, FIERRO Y CALCIO:

Examen: Campaña de información a grupos específicos

Beneficiario: Mujeres en edad fértil.

ANEXO N° 1

OBJETIVOS SEGÚN CONTROL

1. En el período de recién nacido: fomentar la lactancia natural, educando a la madre respecto de la técnica de alimentación, aclarando sus dudas, controlando la evolución del peso y la talla y a la vez de chequear los resultados de los exámenes tomados al nacer para detectar fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito -y VDRL de cordón-. Ante la detección de anomalías de cualquier naturaleza, sería referido a su pediatra.
2. 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.
3. 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.
4. 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 sicomotor y de la erupción dentaria, educación en alimentación sana y en prevención de accidentes domésticos.
5. A los 12 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y 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.
6. 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.
7. 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.

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

9. 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.

10. 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-.

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

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

GES - AUGE

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

	<u>Página</u>
Primero: Generalidades	XX
Segundo: Cobertura	XX
Tercero: Garantías Explícitas en Salud	XX
▪ Garantía Explícita de Acceso	XX
▪ Garantía Explícita de Calidad	XX
▪ Garantía Explícita de Oportunidad.....	XX
▪ Garantía Explícita de Protección Financiera	XX
Cuarto: Vigencia	XX
Quinto : Formalidades y condiciones de atención y de acceso	XX
Sexto: Precio	XX
Séptimo: Cobertura financiera adicional	XX
Octavo: Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1º de julio de 2016 ⁸⁵	

⁸⁵ Modificado por Circular IF N°272, 22.07.2016

GES - AUGE

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

Regulado por Circulares IF N° 2; IF/N° 18; IF/N°39 y IF/N°119

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de acceso de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto Supremo N° 1 de 2010 del Ministerio de Salud que aprueba las garantías GES desde el 1 de julio de 2010 y a la Resolución Exenta N°1236, de 2009, del Ministerio de Salud, que regula Examen de Medicina Preventiva y a las Normas Técnicas de carácter obligatorio que el Ministerio de Salud dicte con el objeto de uniformar los criterios de ejecución, medición y validación de los exámenes.

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. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: **Cobertura**

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. 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: **Garantías Explícitas en Salud**

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

- Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.

- Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al DFL N° 1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.

- Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables al afiliado o beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por 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.

Cuarto: **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.

Quinto : **Formalidades y condiciones de atención y de acceso**

1. Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior, los 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.

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.

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

3. 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.
4. 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.
5. 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.

Sexto: 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.

Séptimo: 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 un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.
4. El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que 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 será quien determine el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de 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.

Octavo: El Decreto Supremo N°3, de 2016, rectificado por el DS N°21, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1 de julio de 2016.⁸⁶

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N° 4, DE 2013, DE SALUD

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1.-Enfermedad renal crónica etapa 4 y 52. Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años3. Cáncer Cérvicouterino4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado5. Infarto Agudo del Miocardio6. Diabetes Mellitus Tipo 1 |
|--|

⁸⁶ Párrafo modificado por la Circular IF N°272, 22.07.2016

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. Endoprotesis 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. Colecistectomía 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. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente 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 o 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 cráneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave

51. Fibrosis Quística
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. Prevencion 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 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 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

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.