# Condiciones Tipo para el Otorgamiento de Beneficios por parte de las Instituciones de Salud Previsional

Marzo 2008

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 Nº 12
**Imparte instrucciones sobre condiciones generales uniformes para los Contratos de Salud Previsional. (Para Isapres que optaron por adherirse)**

Circular IF Nº 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 Nº 2
**Imparte instrucciones sobre el ajuste de los Contratos de Salud a la ley Nº 19.966.**

Circular IF N° 18
**Imparte instrucciones sobre la difusión de las Nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.**

Circular IF Nº 39
**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 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.

# CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Página

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

ARTÍCULO 1°: Beneficiarios del Contrato....9
ARTÍCULO 2°: Vigencia del Contrato de Salud e Inicio de Vigencia de sus Beneficios ....10

**TÍTULO II: BENEFICIOS LEGALES**

ARTÍCULO 3°: Beneficios Mínimos Obligatorios ....10
ARTÍCULO 4°: Atenciones de Emergencia o Urgencia con Riesgo Vital ....11
ARTÍCULO 5°: Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante....11
ARTÍCULO 6°: Fallecimiento del Cotizante....11

**TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES**

A) Plan de Salud Complementario y su Modificación

ARTÍCULO 7°: Plan de Salud Complementario ....12
ARTÍCULO 8°: Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado....12
ARTÍCULO 9°: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado ....14

B) Pago de las Atenciones Médicas y Arancel de Prestaciones

ARTÍCULO 10°: Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas ....14
ARTÍCULO 11°: Arancel de Prestaciones....15

**TÍTULO IV: OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO**

A) Obligaciones del Afiliado
ARTÍCULO 12°: Obligaciones del Afiliado....16
ARTÍCULO 13°: Declaración de Salud....17

B) Exclusiones y Restricciones de Cobertura
ARTÍCULO 14°: Exclusiones de Cobertura....17
ARTÍCULO 15°: Cobertura para Enfermedades, Patologías o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas.... 18
ARTÍCULO 16°: Enfermedades, Patologías o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas ....18

C) Término del Contrato de Salud

ARTÍCULO 17°: Causales de Término del Contrato de Salud....18

**TÍTULO V: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN**

ARTÍCULO 18°: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad....20
ARTÍCULO 19°: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud ....20
ARTÍCULO 20°: Excedentes de Cotización ....21

ARTÍCULO 21°: Adecuación del Contrato de Salud .....22

**DISPOSICIONES FINALES**

ARTÍCULO 22°: Autorizaciones del Afiliado.....22
ARTÍCULO 23°: Fiscalización y Mecanismos de Solución de Diferencias .....23
ARTÍCULO 24°: Domicilio y Notificaciones .....23

Estas Condiciones Tipo 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.

## CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL
### APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

## 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 del cotizante, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no. Los familiares beneficiarios son:

   a) La cónyuge, el cónyuge inválido;
   b) Los hijos y los adoptados hasta los 18 años, y los mayores de esta edad y hasta los 24 años, solteros, que sigan cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior, en instituciones del Estado o reconocidos por éste;
   c) Los nietos y bisnietos, huérfanos de padre y madre o abandonados por éstos; en los términos de la letra precedente.
   d) La madre viuda;
   e) Los ascendientes mayores de 65 años;
   f) Los menores, en los mismos términos que establece la letra b) precedente que hubiesen sido confiados al cuidado de personas naturales en virtud de una medida de protección dispuesta por sentencia judicial.

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

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 finan-

ciarán 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 en el F.U.N. tipo 1.

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

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

## TÍTULO II: BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3°: **BENEFICIOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS**

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

1) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley Nº 19.966, cuyas condiciones para acceder a la cobertura se detallan en el anexo referido a esta materia, y que forma parte del presente Contrato.

   El precio de las GES se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país, y se fija por la Isapre en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y podrá ser modificado cada tres años, a menos que el Decreto que establece las Garantías Explícitas sea revisado en un período inferior.

   Las exclusiones y restricciones de cobertura indicadas en los artículos 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°: **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 5°: **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 6°: **FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE**

En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Isapre mantendrá por un período no inferior a un año o aquél superior que se convenga en el Plan de Salud Complementario, contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del Contrato de Salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento. Durante el período que rija el beneficio, la Isapre tendrá derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneracio-

nes 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.
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.

## TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES

A) PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 7°: **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 DFL N° 1, de 2005, de Salud.

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

ARTÍCULO 8°: **PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO GRUPAL Y COMPENSADO**

El Plan de Salud Complementario puede ser individual o grupal (también denominados colectivos). Los planes individuales pueden ser, a su vez, compensados. Las disposiciones del presente Artículo serán aplicables sólo al Plan de Salud Complementario grupal y al Plan de Salud Complementario individual

compensado. Cuando un Plan de Salud Complementario tenga alguna de las referidas calidades, se dejará constancia escrita de ello en el F.U.N. respectivo.

a) Plan de Salud Complementario grupal o colectivo: Por el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores, se podrá convenir con la Isapre el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia. Todos los beneficios a que tengan derecho los cotizantes y demás beneficiarios se estipulan en forma expresa en el Plan de Salud Complementario, señalándose, además, si existen otras condiciones para el otorgamiento y mantención de los mismos. 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 todos los afiliados, a fin de poder convenir con los cotizantes la modificación del monto de la cotización pactada y/o de los beneficios convenidos, lo que deberá ser aceptado por cada uno de ellos. 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 se ha mandatado, especial e individualmente por cada contratante, 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.
   En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga la modificación del Plan de Salud Complementario grupal.

ii) Terminación del Plan de Salud Complementario grupal:
   La Isapre comunicará, por escrito, a cada uno de los cotizantes, el término del Plan de Salud Complementario grupal y la alternativa de optar por los planes individuales de que dispone para él, 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 9°: **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 10º: **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 cada una de las prestaciones..

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 11°: **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 DEL CONTRATO

### *A) OBLIGACIONES DEL AFILIADO*

ARTÍCULO 12°: **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 aquélla 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 13°: **DECLARACIÓN DE SALUD**

Las enfermedades, patologías 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 14°: **EXCLUSIONES DE COBERTURA**

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

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

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

c) Hospitalización con fines de reposo.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 15°: **COBERTURA PARA ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS 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.

a) Enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas: Las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas por el afiliado o sus beneficiarios, tendrán una cobertura financiera no inferior a la que otorga el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección, ni al 25% de la prevista en el mismo Plan de Salud Complementario para la prestación genérica correspondiente, por un plazo de dieciocho meses contado desde 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 por las prestaciones originadas en la atención del parto, será como mínimo, equivalente a la proporción entre el número de meses de vigencia de los beneficios que tenga la beneficiaria al momento de producirse el parto y el número total de meses de duración del embarazo, de acuerdo al Plan de Salud Complementario convenido.

ARTÍCULO 16°: **ENFERMEDADES , PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES NO DECLARADAS**

La Isapre concurrirá al pago de las prestaciones por enfermedades, patologías 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, contado 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.

## *C) TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD*

ARTÍCULO 17°: **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 requerida en la Declaración 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 Institución de Salud Previsio-

nal demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

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 el 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 el Artículo 1°, N° 2, de este documento.

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.

**b) <u>Incumplimiento de las obligaciones de la Isapre</u>.**
Este incumplimiento deberá ser declarado por la Superintendencia de Salud o la Justicia Ordinaria, a solicitud del afiliado.

**c) <u>Desahucio del afiliado</u>.**
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.**

## TÍTULO V: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

### ARTÍCULO 18°: 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 DFL N° 1, de 2005, de Salud, 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 DFL N° 1, de 2005, de Salud.

b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.

c) Por 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 19°: 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 pri-

meros 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 anteprecedente, además, impedirá a la Isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

ARTÍCULO 20°: **EXCEDENTES DE COTIZACIÓN**

Toda vez que se produjeren excedentes de la cotización legal en relación con el precio del plan convenido, serán inembargables y de propiedad del afiliado, pudiendo renunciar a ellos para destinarlos a financiar un Plan de Salud Complementario que otorgue mayores beneficios. La renuncia a los excedentes sólo producirá efectos hacia el futuro, y podrá dejarse sin efecto por el afiliado una vez transcurrido un año contado desde su otorgamiento. Los documentos que den cuenta de tales convenciones formarán parte integrante del presente Contrato.

En caso de no renunciar a los excedentes, éstos 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.

Al momento de celebrarse el Contrato de Salud o en sus sucesivas adecuaciones anuales, 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) Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias.
5) 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.

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 21°: **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 una vez efectuada la revisión del Contrato, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual es superior al 10% de la cotización legal para salud, la Isapre deberá modificar los beneficios del Plan de Salud Complementario. De igual modo podrá proceder, si se produce el término o modificación del convenio con el prestador institucional cerrado o preferente.

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

## DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 22°: **AUTORIZACIONES DEL AFILIADO**

1) 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.

2) 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.

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

ARTÍCULO 23°: **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 24°: **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.

# CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE
# (CAEC en CHILE)

Página


ARTÍCULO I: **COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC** .... 27
1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS ..... 27
a) RED CAEC ..... 27
b) COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS ..... 28
c) COPAGO ..... 28
d) ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS ..... 28
e) DEDUCIBLE ..... 28
2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE ..... 28
3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE ..... 29
a) PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS ..... 29
b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL ..... 29
c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES .29
4.- ATENCIONES DE URGENCIA ..... 30
5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS. ..... 30
6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS ..... 31
7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA ..... 32
8.- PAGO DEL DEDUCIBLE ..... 32
9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA ..... 33
10.- DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CAEC ..... 33
11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL ..... 33

ARTÍCULO II: **COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC** ..... 33
1) Si opta por la atención en la GES ..... 34
2) Si no opta por la atención en la GES ..... 34
3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC ..... 34

ARTÍCULO III: **DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES** ..... 35

ARTÍCULO IV: **FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE** ..... 35

**LISTADO DE ANEXOS** ..... 36
ANEXO N° 1 PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED ..... 37
ANEXO N° 2 REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE ..... 41

# 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 ubica-

dos 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 abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este Artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan 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 acor-

dados 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 Nº 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.....38

N° 2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO
DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE .....42

**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 Trasladado SI ____ Desde / Hasta _____

NO ____

***Identificación del Representante***

Nombre _____

Rut _____ Relación _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Of.: _____ Cel: _____

**IMPORTANTE:**

Isapre YYYYYY, 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 dia 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 V° B°:
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 abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.

- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 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, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 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)**


Página

PRIMERO: GENERALIDADES ..... 46
SEGUNDO: COBERTURA ..... 46
TERCERO: VIGENCIA ..... 46
CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO ..... 46
QUINTO: PRECIO ..... 47
SEXTO: BENEFICIARIOS ..... 47
SEPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS ..... 47

7.1 Programa del niño ..... 47
7.1.1 Control del desarrollo psicomotor, estado nutricional, obesidad, registro y consejería de inmunizaciones PAI ..... 47
Recién Nacidos
7.1.2 Fenilcetonuria ..... 47
7.1.3 Hipotiroidismo Congénito ..... 47
7.1.4 Displasia del Desarrollo de Caderas ..... 48
Lactantes
7.1.5 Displasia del Desarrollo de Caderas ..... 48
Niños y Niñas entre 2 y 5 años
7.1.6 Sobre peso y Obsesidad ..... 48
7.1.7 Ambliopia, estrabismo y defectos en la agudeza visual ..... 48
7.1.8 Detección de malos hábitos bucales ..... 48

7.2 Programa control del embarazo ..... 48
7.2.1 Control médico y de matrona ..... 48
7.2.2 Diabetes Mellitus Gestacional ..... 49
7.2.3 Infección por virus de inmunodeficiencia humana ..... 49
7.2.4 Sífilis ..... 49
7.2.5 Infección Urinaria ..... 49
7.2.6 Sobrepeso y Obesidad ..... 49
7.2.7 Hipertensión Arterial ..... 49
7.2.8 Beber Problema ..... 49
7.2.9 Tabaquismo ..... 49

7.3 Programa del adulto y del adulto mayor ..... 50
Personas de 15 años y más
7.3.1 Promoción del ejercicio ..... 50
7.3.2 Beber problema ..... 50
7.3.3 Tabaquismo ..... 50
7.3.4 Sobrepeso y Obesidad ..... 50
7.3.5 Hipertensión arterial ..... 50
7.3.6 Diabetes Mellitus ..... 50
7.3.7 Sífilis ..... 50
7.3.8 Tuberculosis ..... 51
Mujeres desde 25 a 64 años
7.3.9 Cáncer cervicouterino ..... 51

Personas de 40 y más años
7.3.10 Dislipidemia .....51
Mujeres de 50 y hasta 55 años.....
7.3.11 Cáncer de mama .....51
Adulto de 65 y más años
7.3.12 Evaluación funcional para una vida autovalente.....51
Mayores de 35 años
7.3.13 Prevención cardiovascular en población de riesgo.....51
Mujeres en Edad Fértil
7.3.14 Promoción consumo de ácido fólico, fierro y calcio .....51

Anexo N° 1 Objetivos según control .....52

**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, examenes , intervenciones y métodos incluidos en el DS N° 44 del 9 de enero de 2007 de los Ministerios de Salud y de Hacienda, en la Resolución Exenta Nº 876 de 2006, del Ministerio de Salud que regula 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, medición y validación de los exámenes, para el grupo de población que corresponda.**

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

PRIMERO: **GENERALIDADES**
El Plan preventivo de Isapres (PPI) detalla las coberturas referidas a las bonificaciones contenidas en dicho plan, ordenados de acuerdo a lo siguiente: Programa Preventivo del niño, Programa Control del Embarazo y Programa Preventivo del Adulto y del adulto mayor.

SEGUNDO: **COBERTURA**
Las prestaciones que no se encuentren detalladas en el Plan Preventivo de Isapres (PPI) mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios y de las GES que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario 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**

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: Baciloscopía 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 **PREVENCION 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 anormalidades 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 anormalidad del desarrollo y/o de resultados de exámenes. Se debe orientar a la madre acerca de lugares de vacunación. Será necesario contar con los registros pertinentes de resultados obtenidos y frecuencias determinadas de controles.

# GES - AUGE

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

Regulado por Circulares IF N° 2 ; IF/N° 18 y IF/N°39


Página

Primero: Generalidades ....56

Segundo: Cobertura ....56
Tercero: Garantías Explícitas en Salud ....56
- *Garantía Explícita de Acceso* ....56
- *Garantía Explícita de Calidad* ....56
- *Garantía Explícita de Oportunidad* ....56
- *Garantía Explícita de Protección Financiera* ....57

Cuarto: Vigencia ....57

Quinto : Formalidades y condiciones de atención y de acceso ....57

Sexto: Precio ....57

Séptimo: Cobertura financiera adicional ....57

Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1° de julio de 2007 ....58
1. Insuficiencia renal crónica terminal. ....58
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años. ....58
3. Cáncer cervicouterino. ....59
4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. ....59
5. Infarto agudo del miocardio. ....59
6. Diabetes mellitus tipo 1. ....59
7. Diabetes mellitus tipo 2. ....59
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y mas. ....59
9. Disrafias espinales. ....59
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años. ....59
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas. ....60
12. Endoprotesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa . ....60
13. Fisura labiopalatina. ....60
14. Cáncer en menores de 15 años. ....60
15. Esquizofrenia. ....60
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más. ....60
17. Linfoma en personas de 15 años y más. ....61
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida vih/sida. ....61
19. Infección respiratoria aguda (ira) baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años. ....61
20. Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más. ....61
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. ....61
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años. ....62
23. Salud oral integral para niños de 6 años. ....62
24. Prematurez. ....62
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso. ....63
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos. ....63
27. Cáncer gástrico ....63
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más ....63
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más ....63

30. Estrabismo en menores de 9 años .....63
31. Retinopatía diabética.....63
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.....63
33. Hemofilia. .....63
34. Depresión en personas de 15 años y más.....64
35 Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la Próstata en personas sintomáticas.....64
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.....64
37. Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. .....64
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio. .....64
39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años. .....64
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. .....64
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y mas con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. .....64
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales. .....65
43. Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más. .....65
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar. .....65
45. Leucemia en personas de 15 años y mas. .....65
46. Urgencia odontológica ambulatoria.....65
47. Salud oral integral del adulto de 60 años. .....65
48. Politraumatizado grave.....65
49 Atención de urgencia del traumatismo cráneo encefálico moderado o grave. .....66
50. Trauma ocular grave. .....66
51. Fibrosis quística. .....66
52. Artritis reumatoidea. .....66
53.. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.....66
54. Analgesia del parto.....66
55. Gran quemado. .....66
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono. .....66

# GES - AUGE

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

Regulado por Circulares IF Nº 2 ; IF/Nº 18 y IF/N°39

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° 44 de 2007 del Ministerio de Salud y sus modificaciones en el D.S. N° 69 de 2007 del Ministerio de Salud, que aprueba las garantías GES desde el 1 de julio de 2007 y a la Resolución Exenta N° 876, de 2006, 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 regirán 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.

El Decreto Supremo N° 44 de 2007, de los Ministerios de Hacienda y de Salud aprobó las siguientes

**Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1º de julio de 2007.**

1. **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario:
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, conforme a lo dispuesto en las Normas Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°.
   - En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
   - Trasplantado tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
   - Menor de 15 años con compromiso óseo e Insuficiencia Renal Crónica en etapa IV, tendrá acceso a estudio pre-trasplante e ingreso a lista de espera de trasplante, si cumple con criterios de inclusión, aunque no haya requerido diálisis.

2. **CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS OPERABLES EN MENORES DE 15 AÑOS.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario menor de 15 años
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
   - Se excluye Trasplante cardíaco.

3. **CÁNCER CERVICOUTERINO.**
   **Acceso:** Toda mujer beneficiaria:
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
   - Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

4. **ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

5. **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario, que desde el 1 de julio de 2005, presente:
   - Dolor torácico no traumático y/o síntomas de infarto Agudo del miocardio, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica del Infarto Agudo del Miocardio, tendrá acceso a tratamiento médico y prevención secundaria.
   - By-pass coronario o angioplastía coronaria percutánea, tendrá acceso a prevención secundaria.

6. **DIABETES MELLITUS TIPO 1.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario:
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento
   - Con descompensación, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización.
   - En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

7. **DIABETES MELLITUS TIPO 2.**
   **Acceso:** Todo beneficiario
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento. Incluye pie diabético.
   - En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo

8. **CÁNCER DE MAMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MAS.**
   **Acceso:** Toda (o) Beneficiaria(o) de 15 años y más
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
   - Con recidiva, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

9. **DISRAFIAS ESPINALES.**
   **Acceso:** Todo Beneficiario nacido a contar del 1 de julio de 2005:
   - Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
   - Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.

   Todo Beneficiario, independiente de fecha de nacimiento:
   - Con confirmación diagnóstica de disrafia oculta, y médula anclada o meningitis a repetición, tendrá acceso a tratamiento.

10. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ESCOLIOSIS EN MENORES DE 25 AÑOS.**
    **Acceso:** Todo Beneficiario menor de 25 años con confirmación diagnóstica de Escoliosis tendrá acceso a tratamiento quirúrgico, siempre que cumpla los siguientes criterios de inclusión:

    **Criterios de inclusión en menores de 15 años:**
    1. Pacientes con curvatura mayor de 40°.
    2. Pacientes entre 25° y 40° cuando no hay respuesta al tratamiento ortopédico y hay progresión de la curva.

**Criterios de inclusión entre 15 y 19 años:**

1. Curvas mayores de 40° en niñas pre-menárquicas de baja madurez esquelética y post-menárquicas inmaduras esqueléticamente cuya curva progresa pese al uso de corset.
2. Curvas mayores de 30° asociadas a lordosis dorsal severa con disminución de volumen torácico.
3. Dependiendo del riesgo de progresión y grado de deformidad del tronco: a) curvas mayores de 50° en esqueleto maduro; b) curvas mayores de 40° en varones menores a 16 años; y c) curvas entre 40-50° en esqueleto maduro, asociado a severa deformidad de tronco.

**Criterios de inclusión entre 20 y 24 años:**

1. Curva mayor de 50° que demuestre progresión.
2. Curva mayor de 50° con alto riesgo de progresión (rotación vértebra apical mayor de 30%, traslación lateral, ángulo costovertebral de Mehta mayor de 30%) y deformidad significativa de tronco.

11. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS.**

**Acceso:** Todo beneficiario:

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

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

**Acceso:** Todo beneficiario de 65 años y más:

- Con confirmación diagnóstica de artrosis de cadera con limitación funcional severa, que requiera endoprótesis total, tendrá acceso a tratamiento
- Con indicación médica, tendrá acceso a recambio de endoprótesis total.

13. **FISURA LABIOPALATINA.**

**Acceso:** Todo beneficiario nacido, desde el 1° de julio 2005, con fisura labiopalatina, esté o no asociada a malformaciones craneofaciales, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento, incluyendo rehabilitación primer y segundo año.

14. **CÁNCER EN MENORES DE 15 AÑOS.**

**Acceso:** Todo Beneficiario menor de 15 años.

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

15. **ESQUIZOFRENIA.**

**Acceso:** Todo Beneficiario con sospecha de esquizofrenia en quienes se manifiestan por primera vez los síntomas a partir del 1º de Julio de 2005:

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

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

**Acceso:** Todo Beneficiario de 15 años y más:

- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.

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

17. **LINFOMA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.**

**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más

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

18. **SÍNDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA VIH/SIDA.**

**Acceso:**
- Beneficiario con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a exámenes de CD4 y Carga Viral.
- Beneficiario con confirmación diagnóstica y que cumpla los siguientes criterios de inclusión, comenzará terapia antiretroviral con Esquema de Primera Línea.

<u>En personas de 18 años o más</u>:

- VIH/SIDA con o sin manifestaciones de infecciones oportunistas, y que tengan CD4 < 200 cél/mm$^3$.
- VIH/SIDA con diagnóstico de: candidiasis orofaríngea, diarrea crónica, fiebre prolongada o baja de peso significativa (mayor de 10 kilos), con CD4 < 250 cél/mm$^3$ y que esté descartada primoinfección.
- VIH/SIDA que presente cualquiera de las manifestaciones descritas en etapa C, independiente de CD4, con excepción de la Tuberculosis pulmonar frente a la cual predomina el criterio de CD4.

<u>En personas menores de 18 años</u>:

- TAR en todos los niños menores de 3 meses, excepto categorías N ó A con CD4 altos y CV bajas.
- TAR en niños de 3 meses y más, que presenten alguna de las siguientes condiciones:
  i. Categoría clínica C;
  ii. Etapa B2 con CV alta y CD4 bajo.

- Beneficiario en tratamiento, tendrá acceso a continuarlo en la medida que haya cumplido con los criterios de inicio o cambio de Terapia antiretroviral (TAR).
- Terapia antiretroviral precoz con esquema de primera línea: Beneficiarios Virgen a TARV con CD4 igual o menor de 100células/mm3 y enfermedad oportunista activa descartada (que pudiera generar reacción de reconstitución inmunológica grave).
- Cambio de terapia precoz a Beneficiario en tratamiento con Reacción Adversa Grado 4.
- Prevención de transmisión vertical (incluye inicio o cambio de TAR durante el embarazo, parto y al o los recién nacidos).
- Beneficiario en tratamiento, que presente fracaso, tendrá acceso a examen de Genotipificación.

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

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

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

**Acceso:** Todo Beneficiario de 65 años y más:

- Con sospecha de NAC tendrá acceso a confirmación diagnóstica clínico-radiológica y tratamiento farmacológico y kinésico durante las primeras 48 horas.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.

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

**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más.

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

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

**Acceso:** Todo Beneficiario desde un año y menor de 15 años:
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

23. **SALUD ORAL INTEGRAL PARA NIÑOS DE 6 AÑOS.**

**Acceso:** Beneficiario de 6 años. El acceso al primer control debe realizarse mientras el beneficiario tenga seis años, el alta se otorga una vez erupcionado los 4 primeros molares definitivos.

24. **PREMATUREZ.**

**I. Prevención del Parto Prematuro.**

**Acceso:** Toda Beneficiaria embarazada con:

Factores de Riesgo de Parto Prematuro:
- Gestación múltiple actual
- Anomalía morfológica uterina o cervical
- Metrorragia desde 20 semanas de gestación
- Infección Urinaria Severa o recurrente
- Síndrome hipertensivo
- Antecedente de parto de pretérmino espontáneo menor de 35 semanas, con o sin rotura de membranas
- Pérdida del embarazo entre las 14 y 24 semanas, cuya clínica es sugerente de incompetencia cervical.
- Antecedentes de cono cervical quirúrgico.
- Rotura Prematura de Membranas entre 22 y 35 semanas.
- Placenta Previa mayor de 20 semanas.

Síntomas de Parto Prematuro
- Modificaciones cervicales antes de las 35 semanas de gestación.
- Contracciones uterinas antes de las 35 semanas de gestación.

**II. Retinopatía del prematuro**

**Acceso:** Todo Beneficiario Prematuro, de menos de 1.500 gramos o menor de 32 semanas de gestación al nacer:
- Tendrán acceso a screening con fondo de ojo.
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento según indicación médica.

**III. Displasia Broncopulmonar del Prematuro**

**Acceso:** Todo Beneficiario Prematuro, de menos de 1.500 gramos al nacer o menores de 32 semanas de gestación:
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

**IV. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del prematuro**

**Acceso:** Todo Beneficiario Prematuro nacido a contar del 1° de julio de 2005 con menos de 1.500 gramos al nacer o menor de 32 semanas de gestación:
- Tendrá acceso a screening auditivo.
- Con Screening alterado, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

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

**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más.

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

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

**Acceso:** Todo Beneficiario entre 35 y 49 años, sintomático:

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

27. **CÁNCER GÁSTRICO**

**Acceso:** Beneficiario menor de 40 años:

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

Beneficiario de 40 años y más:
Que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°.

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

28. **CÁNCER DE PROSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS**

**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más:

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

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

**Acceso:** Todo beneficiario de 65 años y más:

- Sólo con Presbicia, tendrá acceso a lentes.
- Con sospecha de miopía, astigmatismo o hipermetropía, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a lentes.

30. **ESTRABISMO EN MENORES DE 9 AÑOS.**

**Acceso:** Todo beneficiario menor de 9 años:

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

31. **RETINOPATÍA DIABÉTICA.**

**Acceso:** Todo beneficiario diabético:

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

32. **DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO NO TRAUMÁTICO.**

**Acceso:** Todo beneficiario:

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

33. **HEMOFILIA**

**Acceso:** Todo beneficiario:

- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento por 7 días, hasta confirmación o descarte.
- Con confirmación diagnóstica, continuará tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo.

34. **DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS**
**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más:
- Con confirmación diagnóstica: tendrá acceso a tratamiento integral.

35. **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA EN PERSONAS SINTOMÁTICAS.**
**Acceso:** Todo beneficiario con confirmación diagnóstica de hiperplasia benigna de próstata tendrá acceso a tratamiento, siempre que cumpla con alguno de los siguientes criterios de inclusión:
- Retención urinaria aguda repetida
- Retención urinaria crónica
- Cálculos vesicales
- Infecciones urinarias recurrentes
- Insuficiencia Renal Aguda o crónica secundaria a obstrucción urinaria a nivel prostático.
- Hematuria macroscópica recurrente o persistente.

36. **ÓRTESIS (O AYUDAS TÉCNICAS) PARA PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS.**
**Acceso:** Todo beneficiario de 65 años y más, que cumpla con criterios de inclusión contenidos en las Normas Técnico Médico y Administrativo para cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°, tendrá acceso a órtesis correspondiente y sesiones de kinesiología según indicación médica.

37. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.**
**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años o más:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, incluye Hospitalización, según indicación médica, en prestador con capacidad resolutiva.

38. **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO.**
**Acceso:** Todo beneficiario, sintomático:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuar tratamiento.
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

39. **ASMA BRONQUIAL MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 15 AÑOS**
**Acceso:** Todo beneficiario, sintomático:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuarlo
- En tratamiento, tendrá acceso a continuarlo, incluyendo exacerbaciones.

40. **SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIÉN NACIDO.**
**Acceso:** Todo beneficiario recién nacido:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y tratamiento.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a continuar tratamiento.

41. **TRATAMIENTO MÉDICO EN PERSONAS DE 55 AÑOS Y MAS CON ARTROSIS DE CADERA Y/O RODILLA, LEVE O MODERADA.**
**Acceso:** Todo Beneficiario de 55 años o más:
- Con confirmación diagnóstica de Artrosis de Rodilla leve o moderada, tendrá acceso a tratamiento médico.

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

42. **HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A RUPTURA DE ANEURISMAS CEREBRALES.**
**Acceso:** Todo Beneficiario:
- Con sospecha de hemorragia subaracnoidea por aneurisma cerebral roto, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

43. **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS.**
**Acceso:** Todo Beneficiario de 15 años o más:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- Con tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

44. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE HERNIA DEL NÚCLEO PULPOSO LUMBAR.**
**Acceso:** Todo beneficiario:
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento quirúrgico, si cumple con los siguientes criterios de inclusión:
  Presencia de ciática radicular compresiva que no responde a tratamiento conservador después de un plazo de 6 semanas o presenta compromiso progresivo.
  No obstante serán criterios de exclusión la presencia de alguna de las siguientes condiciones:
  - Ausencia de compromiso radicular.
  - Hernia Núcleo Pulposo no sintomática.
  - Compromiso clínico en regresión.
  - Falta de concordancia clínico-radiológica.
  - Protrusiones discales simples (sin hernia propiamente tal).

45. **LEUCEMIA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.**
**Acceso:** Todo Beneficiario de 15 años y más:
- Con sospecha, tendrá acceso a confirmación diagnóstica y estudio de Leucemia.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Con recidiva tendrá acceso a confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.

46. **URGENCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIA.**
**Acceso:** Todo Beneficiario:
- Con sospecha en el caso de Abscesos de espacios anatómicos del territorio Buco Máxilo Facial y Flegmon Oro Cérvico facial de origen odontológico, tendrá acceso a atención de urgencia.
- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, en los demás casos.

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

48. **POLITRAUMATIZADO GRAVE.**
**Acceso:** Todo Beneficiario.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento si cumple con los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente con lesiones de origen traumático, que abarquen dos o más de los siguientes sistemas: nervioso, respiratorio, circulatorio, músculo-esquelético, digestivo o urinario y, que al menos uno de ellos implique riesgo de muerte.

49. **ATENCIÓN DE URGENCIA DEL TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO MODERADO O GRAVE.**
**Acceso:** Todo Beneficiario:
- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.

50. **TRAUMA OCULAR GRAVE.**
**Acceso:** Todo Beneficiario:
- Con sospecha tendrá acceso a confirmación diagnóstica.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento y seguimiento.

51. **FIBROSIS QUÍSTICA.**
**Acceso:** Todo Beneficiario.
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento
- En tratamiento tendrá derecho a continuarlo.

52. **ARTRITIS REUMATOIDEA.**
**Acceso:** Todo beneficiario de 15 años y más:
- Con confirmación diagnóstica tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.

53. **CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE RIESGO BAJO A MODERADO DE ALCOHOL Y DROGAS EN PERSONAS MENORES DE 20 AÑOS.**
**Acceso:** Todo Beneficiario menor de 20 años:
- Con confirmación diagnóstica de consumo perjudicial o dependiente de riesgo bajo o moderado, tendrá acceso a plan de tratamiento Ambulatorio Básico, según indicación médica.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- En caso de recaída tendrá acceso a tratamiento.
- En tratamiento tendrá acceso a seguimiento.

54. **ANALGESIA DEL PARTO.**
**Acceso:** Toda beneficiaria en trabajo de parto que, una vez informada acepte:
- Tendrá acceso a analgesia farmacológica.

55. **GRAN QUEMADO.**
**Acceso:** Todo beneficiario:
- Tendrá acceso a tratamiento y seguimiento siempre que cumpla con los criterios de inclusión siguientes:
  - Quemaduras tipo B o AB con más del 15 % del área corporal en menores de 12 años, o más del 20% en mayores de 12 años.
  - Pacientes victimas de quemaduras con lesión en la vías respiratorias, quemaduras profundas y extensas de manos, pies o región perineal, quemaduras panfaciales, quemaduras eléctricas de alto voltaje, asociadas a politraumatismo o traumatismo encefalocraneano, shock de cualquier origen, o comorbilidades graves.
- En tratamiento o seguimiento tendrá acceso a continuarlo.

56. **HIPOACUSIA BILATERAL EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REQUIEREN USO DE AUDÍFONO.**
**Acceso:** Todo beneficiario de 65 años y más.
- Con confirmación diagnóstica e indicación médica de audífono, tendrá acceso a tratamiento.

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.