



Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales  
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 285

SANTIAGO, 09 JUN. 2017

## **IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE EL FORMATO UNIFORME DE LOS PLANES DE SALUD EN SUS TRES MODALIDADES**

Esta Intendencia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere la ley, en especial, lo dispuesto en los artículos 110, N°2 y N°8 y 114, ambos del DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

### **I. OBJETIVO**

Propiciar la transparencia, mejor comprensión y comparabilidad de los documentos contractuales, en particular del Plan de Salud, estableciendo el uso obligatorio de un formato uniforme para todo el Sistema Isapre, de acuerdo a la modalidad de que se trate.

### **II. MODIFICA LA CIRCULAR IF/N° 80, DEL 13 DE AGOSTO DE 2008, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES**

#### **1) Modificaciones al Capítulo I "Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional"**

Se modifica el párrafo único del número 3 "Plan de Salud", como sigue:

"En el plan de salud se estipularán en forma clara y precisa las prestaciones y demás beneficios pactados, ajustándose al formato uniforme del plan de salud e instructivos contenidos en Capítulo II de este Compendio, según la modalidad de que se trate.

De acuerdo a lo indicado en la ley, los planes podrán ser Libre Elección, con Prestadores Preferentes o Cerrados."

#### **2) Modificaciones al Capítulo II "Plan de Salud Complementario"**

a) En el número 1.1 del Título I "Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario", se elimina la expresión "definidos por la isapre y".

b) Se reemplaza el párrafo único del número 2 "Formato del plan de salud complementario", del Título I "Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario", por los siguiente párrafos:

"Las isapres deberán ajustar los planes de salud que comercialicen a los formatos uniformes definidos en el presente título, los que son de uso obligatorio, según la modalidad de que se trate.

Las modalidades pueden ser:

- Plan Libre Elección, que es el plan de salud en que la elección del prestador es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.
- Plan con Prestador Preferente, que es el plan de salud cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores individualizados en el plan.
- Plan cerrado, que es aquél cuya estructura solo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan.

El plan de salud deberá estipular en forma clara y precisa las prestaciones y las coberturas pactadas para las mismas. En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en las notas explicativas del plan de salud. En caso contrario, todas las cláusulas que resulten ambiguas serán interpretadas en contra de la isapre, por ser la parte responsable de aclararlas.

c) Se agrega al Título I un número 5, nuevo, con el siguiente contenido:

**“ 5.- Contenido de los planes de salud complementarios**

Los formatos de los planes de salud deberán ajustarse a las siguientes instrucciones de configuración y contenido:

**Instrucciones comunes a las tres modalidades**

**Anverso**

**Título**

Se debe indicar en el encabezado que se trata del Plan de Salud Complementario, seguido de la Modalidad (Libre Elección, con Prestador Preferente o Cerrado).

En caso de tratarse de un plan que contemple una cobertura para la atención de parto o cesárea inferior a la convenida para el resto de las prestaciones en el plan general, se deberá indicar con caracteres destacados y a continuación del nombre del plan que se trata de un "PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESÁREA", e incluir la cláusula relativa al derecho a cambiarse a un plan que contemple cobertura para las atenciones relacionadas con el parto en los mismos términos previstos para el resto de las prestaciones, conforme lo establecen las instrucciones especiales para este tipo de planes, contenidas en este Compendio.

**Identificación de la Isapre**

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

**Identificación del Plan**

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, regulado en el Compendio de Información de esta Superintendencia. En caso que el plan tenga un nombre de fantasía o comercial, deberá agregarlo a continuación de la identificación única.

**Tipo de plan**

Deberá indicar en forma preimpresa en el formato, si se trata de un plan individual o grupal.

**Número de Folio del FUN**

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

**Prestaciones**

**a) Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria; Prestaciones Ambulatorias**

En esta sección se deben detallar las agrupaciones de prestaciones de uso común que se presentan en el formato uniforme.

Las isapres deberán usar todas las categorías mencionadas en los mismos términos literales utilizados, tanto para las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, como para las prestaciones ambulatorias.

Asimismo, se puede modificar el orden preestablecido o establecer agrupaciones para presentar un porcentaje de bonificación o cobertura común a un conjunto determinado de prestaciones, en tanto se respete la clasificación entre hospitalario y ambulatorio.

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

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

En el caso que el plan contemple cobertura para Quimioterapia en forma hospitalaria y/o ambulatoria, en la nota explicativa destinada a "Coberturas" se deberá explicar claramente las prestaciones que tienen bonificación. En el caso que la cobertura otorgada sea sólo para el tratamiento del cáncer, ello también deberá indicarse en dicha nota explicativa. En caso de no otorgar cobertura, ello deberá indicarse en el plan.

Asimismo, si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación –no obligatoria- contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente indicando "sin cobertura", no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

#### **b) Prestaciones Restringidas**

El plan deberá indicar en este recuadro aquellas prestaciones que recibirán una cobertura restringida en relación con las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas.

#### **c) Otras Coberturas**

En este recuadro las isapres podrán incorporar todas aquellas prestaciones adicionales que considere necesario o conveniente identificar, tales como: Box ambulatorio, Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, u otras.

#### **d) Expresión de cobertura**

El título de las columnas que contienen la cobertura del Plan Libre Elección, con Prestadores Preferentes o Cerrado deberá tener un asterisco (\*) que haga referencia a una nota al pie de página que indique en letras mayúsculas lo siguiente:

"(\*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO"

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

- **Tope de Bonificación**

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

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

En caso que la prestación no tenga tope deberá consignarse expresamente "Sin Tope".

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

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

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

Si el plan no considera este tope máximo, la columna podrá eliminarse.

- **Ampliación de Cobertura**

En caso que la isapre establezca bajo ciertas condiciones alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Por ejemplo, una mejor bonificación si el día cama de un establecimiento indeterminado es menor a xxx. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente, ya que en esa circunstancia se trataría de un plan de esas características.

#### **Reverso**

##### **Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)**

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud establecido en pesos o unidades de fomento. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Tabla de factores, en caso que corresponda. Se debe informar la Identificación Única de la Tabla de Factores correspondiente al plan y su estructura, diferenciada por sexo y edad, de acuerdo a lo instruido en el Archivo de Tablas de Factores contenido del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- c) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro "Cotización Legal" y se omitirá la información a que se refieren las letras a) y b) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

#### **Arancel**

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

#### **Tope General Anual por Beneficiario**

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

#### **Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)**

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

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

#### **Firma, nombre y RUT del representante de la isapre y fecha**

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

#### **Firma, Nombre, Rut, huella dactilar del afiliado y fecha**

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

#### **Notas explicativas del plan de salud**

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

Las notas y definiciones que la isapre establezca deberán ordenarse dentro de las categorías presentadas a continuación:

##### **1.- Coberturas**

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

Además, acá se deberá indicar la cobertura que esa isapre otorga a las prestaciones de Quimioterapia Hospitalaria y/o Ambulatoria, en caso que el plan respectivo lo considere.

## **2.- Definiciones**

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

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

Acá se deberá indicar el valor de la unidad de fomento a utilizar para

### a) Las bonificaciones:

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

### b) El pago de la cotización:

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

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

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

## **5.- Reajuste del Arancel de prestaciones**

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

## **B. Instrucciones especiales para planes con prestadores preferentes o cerrados**

### **Expresión de la cobertura**

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

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

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su parte, si aquélla se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación. Si las prestaciones no contemplan tope deberá indicarse expresamente "Sin Tope".

Si el plan con Prestadores preferentes no otorga cobertura preferente a alguna prestación contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente indicando "sólo cobertura Libre elección".

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

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

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

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

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

en estas mismas instrucciones.

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

### **Atenciones de urgencia**

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

### **Prestadores derivados**

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

### **Notas explicativas para la aplicación de las condiciones y características de la oferta preferente o cerrada**

Deberán incluirse las siguientes menciones, de acuerdo a lo instruido en este Compendio:

- Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan.
- Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia.
- En caso que existan tiempos de espera, deberá indicarse en este punto los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones. Además deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera.
- Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta preferente o cerrada, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.
- Estipulaciones referentes al derecho a traslado.
- Si el plan contempla médico de cabecera, se deberán especificar sus funciones y el procedimiento expedito y verificable de acceso a éste.
- Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica.
- Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, en caso que corresponda.
- Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores.
- Reglas especiales sobre modificación de contrato, referidas al caso de cambio de domicilio del afiliado que dificulte significativamente el acceso a los prestadores, así como el incumplimiento de la isapre, en cuanto falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante, falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador distinto de los indicado en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado. En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al beneficiario.
- Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades, o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato.

**C. Formatos Uniformes Obligatorios**

**FORMATO ÚNICO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO  
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN**

**IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/ NOMBRE DEL PLAN:**

**N° folio FUN:**

(Indicar si corresponde a un plan con cobertura reducida)

**PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)**

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN (*)			
	% Bonificación	Tope de bonificación	Tope máx. año contrato por beneficiario	Ampliación de cobertura (opcional)
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b> Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos				
<b>AMBULATORIAS</b> Consulta médica Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería Atención Integral de nutricionista Prestaciones dentales (PAD)				
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b> (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)				
<b>OTRAS COBERTURAS</b> (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.				

(\*) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario

(REVERSO)

**PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO**

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES**

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

**TABLA DE FACTORES**

*(consignar la tabla informada a la Superintendencia)*

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL**

**MODALIDAD DEL ARANCEL**

**(\$, UF)**

**TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO** (En caso de haberlo)

**MONTO**

**(\$, UF)**

**CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL** (Sólo si corresponde a un plan grupal)

**REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL** (Sólo si corresponde a un plan grupal)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE**

**NOMBRE:**

**RUT:**

**FECHA:**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL AFILIADO**

**NOMBRE:**

**RUT:**

**FECHA:**

**Huella Dactilar Afiliado**

**NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD**

- 1.- Coberturas
- 2.- Definiciones
3. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar
- 4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)
- 5.- Reajuste del Arancel de prestaciones



**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO  
MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES**

**IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/ NOMBRE DEL PLAN**  
(Indicar si corresponde a un plan con cobertura reducida)

**N° folio FUN:**

**PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)**

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCIÓN(*)			Ampliación de cobertura (opcional)
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	
	%	Tope			%	Tope		
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b> Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos								
<b>AMBULATORIAS</b> Consulta médica Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería Atención Integral de nutricionista Prestaciones dentales (PAD)								
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b> (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)								
<b>OTRAS COBERTURAS</b> (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.								
<b>ATENCIONES DE URGENCIA</b> (identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)								
<b>PRESTADORES DERIVADOS</b> (identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)								

**(\*)Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario**

(REVERSO)

### PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

### IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

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

### TABLA DE FACTORES

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

IDENTIFICACIÓN

ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD DEL ARANCEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO

(En caso de haberlo)

(\$, UF)

### CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

### REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:

Huella Dactilar Afiliado

### NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

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

**PLAN CERRADO**

**IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/NOMBRE DEL PLAN:**

**N° Folio FUN:**

(Indicar si corresponde a un plan con cobertura reducida)

**PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)**

PRESTACIONES	OFERTA CERRADA (*)			
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario
	%	Tope		
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b> Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos				
<b>AMBULATORIAS</b> Consulta médica Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería Atención Integral de nutricionista Prestaciones Dentales (PAD)				
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b> (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)				
<b>OTRAS COBERTURAS</b> (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.)				
<b>ATENCIÓNES DE URGENCIA</b> (identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)				
<b>PRESTADORES DERIVADOS</b> (identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)				

(\*)Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario

**(Reverso)**

**PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO**

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

**IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES**

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

**TABLA DE FACTORES**

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

**IDENTIFICACIÓN**

**ÚNICA DEL ARANCEL**

**MODALIDAD DEL ARANCEL**

**(\$, UF)**

**TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO**

**(\$, UF)**

*(En caso de haberlo)*

**CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL**

*(Sólo si corresponde a un plan grupal)*

**REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL**

*(Sólo si corresponde a un plan grupal)*

**FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE**

**FIRMA DEL AFILIADO**

**Huella Dactilar Afiliado**

**NOMBRE:**

**NOMBRE:**

**RUT:**

**RUT:**

**FECHA:**

**FECHA:**

**NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD**

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

- d) En el número 2 “Contratación de un plan grupal”, del Título II “Instrucciones especiales para planes grupales”, se modifica el segundo párrafo, que se refiere al llenado del casillero “Tipo de Plan”, quedando de la siguiente forma:

“En el plan de salud se indicará que se trata de un “plan grupal”, lo que deberá venir preimpreso.”

- e) Se traslada el contenido del Título III “Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes”, como nuevo número 6 del título I, con las siguientes modificaciones:

i. En el primer párrafo del número 2.1 “Identificación de los prestadores en el plan” y en el primer párrafo del número 4 “Tiempos de espera”, se elimina la frase “de conformidad con las instrucciones que se contemplan en los Anexos N°s 3, 4, 5 y 6 del presente Capítulo”.

ii. Se elimina el número 2.2, referido a “Información sobre los prestadores individualizados en el plan”.

iii. Se modifica el número 5.1 “Formato del plan de salud”, como sigue:

“Los planes de salud con prestadores preferentes y los planes cerrados deberán ajustar sus formatos a los contenidos en este título”.

- f) Se derogan los Anexos N°1 “Plan de Libre Elección”; N°2 “Instrucciones para el formato de los planes de salud libre elección”; N°3 “Planes con Prestadores Preferentes”; N°4 “Instrucciones para el formato de los planes de salud con prestadores preferentes”; N°5 “Plan Cerrado” y N°6 “Instrucciones para el formato de los planes de salud cerrados” del mencionado capítulo II “Plan de salud complementario”.

### 3.- Se introducen las siguientes modificaciones al Capítulo III “Instrumentos Contractuales”.

- a) Se elimina la siguiente frase contenida en el primer párrafo del número 1 “Introducción” del Título I:
- }
- “al Formato Uniforme del Plan de Salud, en las modalidades Libre Elección y con Prestadores Preferentes”.
- b) Se elimina la letra c) del número 2 “Adhesión”, del Título I “Instrucciones Comunes para los Instrumentos Contractuales Uniformes”.
- c) Se elimina el segundo párrafo del N°3 “Revisión”, del Título I “Instrucciones Comunes para los Instrumentos Contractuales Uniformes”.
- d) Se derogan los Anexos 2 “Formato único del Plan de Salud complementario modalidad Libre Elección” y 3 “Plan de Salud complementario Modalidad Prestadores preferentes”.
- e) Se eliminan los dos párrafos que anteceden al número 1 del Anexo N°4 “Definiciones de uso general”.

### III. MODIFICA Y/O AJUSTA LA CIRCULAR IF/N° 131, DEL 30 DE JULIO DE 2010, QUE CONTIENE EL COMPENDIO DE NORMAS ADMINISTRATIVAS EN MATERIA DE PROCEDIMIENTOS

Se eliminan las instrucciones contenida en el anexo N°1 "Selección de Prestaciones Valorizadas" del Capítulo II, en lo que se refiere al reverso de ésta, en particular sobre las Tablas de resultado de las acreditaciones y certificaciones de los prestadores individualizados en Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes y sus respectivas instrucciones de llenado.

### IV. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Las isapres deberán utilizar de forma obligatoria los formatos uniformes ajustados a las instrucciones impartidas en las presentes instrucciones, en los nuevos planes que comiencen a comercializar o que dispongan para su suscripción (en el caso de isapres cerradas), a partir de la entrada en vigencia de la presente circular.


### V. DEROGACIÓN DE NORMATIVA

Se deroga la Circular IF/N°163, del 10 de noviembre de 2011, que impartió instrucciones sobre el Formato Uniforme del plan de salud con prestadores preferentes.

### VII. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia a contar del 1 de octubre de 2017.

  
NYDIA CONTARDO GUERRA  
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS  
PREVISIONALES DE SALUD



  
AMAWISAG  
Distribución

Gerentes generales de isapre  
Asociación de isapres de Chile  
Intendencia de Fondos  
Subdepto. de Regulación