



SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales
Subdepartamento de Regulación

CIRCULAR IF/N° 305¹

SANTIAGO, 02 de enero de 2018

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES UNIFORMES PARA LOS CONTRATOS DE SALUD

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

Mejorar la información que debe entregarse a los beneficiarios; aumentar la transparencia y comparabilidad de los contratos de salud, de acuerdo a lo dispuesto en la ley; y proteger los derechos de los afiliados, estableciendo Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud Previsional para todo el Sistema Privado de Salud.

Conjuntamente, reorganizar la ubicación de las normas referentes a los instrumentos contractuales uniformes, contenidas en el Compendio de Instrumentos Contractuales.

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. Reemplácese el Capítulo I, "Menciones Mínimas del Contrato de Salud Previsional", incorporando el siguiente contenido:

"Capítulo I. El Contrato de Salud

¹ Texto refundido.

Título I. Contenido del Contrato de Salud

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

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

- a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud, contenidas en la letra a, del Título I, del presente Capítulo.
- b) La Declaración de Salud, contenida en la letra b, del Título II, del presente Capítulo.
- c) El Plan de Salud, enunciado en la letra c, del Título II, del presente Capítulo y desarrollado en el Capítulo II del este Compendio.
- d) El Formulario Único de Notificación, cuyo formato mínimo se encuentra en el Título III, del Capítulo III, del presente Compendio.
- e) El Arancel o nómina de prestaciones valorizadas de la isapre, que incluye el código de prestación, su nombre (o glosa) y su valor, este último expresado en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF). Las isapres deberán mantener a disposición exclusiva de los cotizantes y beneficiarios, en las oficinas en que se atiende público, la cantidad de ejemplares que se indica: 3 ejemplares en la casa matriz y 2 en cada una de las agencias o sucursales. Alternativamente, las isapres podrán cumplir con aquella obligación mediante la disposición de los aranceles vigentes en medios electrónicos o digitales a través de, a lo menos, un equipo de autoservicio o computador de libre acceso, de uso exclusivo de sus cotizantes y beneficiarios, disponible en cada casa matriz, agencia o sucursal de la isapre en que atiende público, contemplando la asesoría técnica respectiva hacia el beneficiario, y que garantice a estos últimos el acceso de forma suficiente y oportuna a la información requerida.

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

- f) La Selección de Prestaciones Valorizadas.
- g) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en caso que corresponda, contenidas en el Capítulo IV del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.
- h) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, contenidas en el Anexo N°1, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.
- i) Los Mecanismos de Otorgamiento de Beneficios Mínimos.
- j) Los beneficios adicionales, cuando corresponda, desarrollados en el Título IV, del Capítulo III, del presente Compendio.

- k) Las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de Isapre (PPI), cuando corresponda, contenidas en el Anexo 8, del Capítulo III, de este Compendio.

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

Ninguna de las partes podrá unilateralmente agregar estipulaciones adicionales o enmendar en cualquier forma los documentos contractuales. Se tendrá por no escrita cualquier alteración de esta naturaleza.

Título II. De los Instrumentos Contractuales Uniformes

La Superintendencia de Salud ha determinado el contenido de los instrumentos contractuales señalados en las letras a) y b), junto con el formato de los mencionados en las letras c), d) y f), ambas del Título precedente, los que son uniformes para todas las isapres.

Estos Instrumentos Contractuales Uniformes deben ser escritos de modo claramente legible. Respecto de las Condiciones Generales Uniformes, el Plan de Salud Complementario y la Declaración de Salud, el tamaño de su letra no podrá ser inferior a 2,5 milímetros.

a. Las Condiciones Generales del Contrato de Salud

Las isapres deberán utilizar el texto de las Condiciones Generales del Contrato de Salud que se detalla a continuación, debiendo mantenerlas permanentemente en su sitio web. Estas rigen para todas las Isapres, con excepción del texto contenido en la letra i) del Artículo 18, cuya aplicación es exclusiva para las isapres cerradas, vale decir, aquellas descritas en el inciso final del artículo 200, del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

En cuanto a los plazos relacionados con la vigencia de las órdenes de atención médica; la solicitud de bonificaciones y la realización de éstas, que hace referencia el artículo 11 de las Condiciones Generales Uniformes, las isapres podrán fijar un plazo para aquello, siempre y cuando respeten el límite fijado en dicho instrumento.

El formato de las Condiciones Generales del Contrato de Salud es el que sigue:

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

ÍNDICE. pág. XX

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

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

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

TÍTULO II: BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3º: Beneficios Mínimos Obligatorios.	pág. XX
ARTÍCULO 4º: Ley Ricarte Soto.	pág. XX
ARTÍCULO 5º: Atenciones de Emergencia o Urgencia con Riesgo Vital o de Secuela Funcional Grave	pág. XX
ARTÍCULO 6º: Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante.	pág. XX
ARTÍCULO 7º: Fallecimiento del Cotizante.	pág. XX

TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES

ARTÍCULO 8º: Plan de Salud Complementario.	pág. XX
ARTÍCULO 9º: Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado.	pág. XX
ARTÍCULO 10º: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado.	pág. XX
ARTÍCULO 11º: Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas.	pág. XX
ARTÍCULO 12º: Arancel de Prestaciones.	pág. XX

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

ARTÍCULO 13º: Obligaciones del Afiliado.	pág. XX
ARTÍCULO 14º: Declaración de Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 15º: Exclusiones de Cobertura.	pág. XX
ARTÍCULO 16º: Restricción de Cobertura para Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas.	pág. XX
ARTÍCULO 17º: Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas.	pág. XX
ARTÍCULO 18º: Causales de Terminación del Contrato de Salud.	pág. XX

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

ARTÍCULO 19º: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad.	pág. XX
ARTÍCULO 20º: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 21º: Excedentes de Cotización.	pág. XX
ARTÍCULO 21º BIS: Excesos de Cotización.	pág. XX
ARTÍCULO 22º: Adecuación del Contrato de Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 22º BIS: Adecuaciones Especiales del Contrato de Salud	pág. XX

DISPOSICIONES FINALES

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

El contenido de estas Condiciones Generales ha sido establecido por la Superintendencia de Salud y estará a disposición del afiliado en la página web de la isapre. Tales condiciones son iguales para todas las Instituciones de Salud Previsional, salvo la causal

de término contenida en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, que sólo aplica a las isapres cerradas.

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

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

ARTÍCULO 1º: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SALUD

Son beneficiarios del presente Contrato:

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

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

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

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

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

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

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

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

El presente Contrato entra en vigor a partir de la fecha de su suscripción, la que está consignada en el Formulario Único de Notificación, y sus beneficios tendrán vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción 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 3º: BENEFICIOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS

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

- 1) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.966, cuyas condiciones para acceder a la cobertura se detallan en el anexo referido a esta materia, y que forma parte del presente Contrato.

El precio de las GES se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país, y se fija por la isapre en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y 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 15º, 16º y 17º 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 N°s. 2), 3), y 4) precedentes, estarán contenidos en anexos referidos a esas materias, que se entregarán al momento de la suscripción del presente Contrato y estarán siempre actualizados, a disposición de los beneficiarios en las oficinas y página web de la isapre para su consulta.

- 5) El pago de subsidios por incapacidad laboral, cuando ello sea procedente, por licencias médicas que no correspondan a accidentes del trabajo ni a enfermedades profesionales.
- 6) Cobertura Mínima: La cobertura del Plan de Salud Complementario no podrá ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a la respectiva prestación contemplada en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

ARTÍCULO 4º: LEY RICARTE SOTO

La ley N°20.850 creó un Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud, señalados en el decreto respectivo, dictado por el Ministerio de Salud.

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

En este contexto, es deber de la isapre facilitar el acceso y otorgar información suficiente y oportuna a sus beneficiarios respecto del Sistema de Protección Financiera que crea la ley N°20.850 y su funcionamiento.

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

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

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

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

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

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

En el evento que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la isapre suscribiendo un Contrato de Salud, en algún plan de aquellos que la isapre tenga en actual comercialización, en especial, 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 exigirsele una nueva Declaración de Salud.

ARTÍCULO 7°: FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE

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

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

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

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

TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES

ARTÍCULO 8º: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

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

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

- a) Plan libre elección: es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la isapre.
- b) Plan cerrado: es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.
- c) Plan con prestadores preferentes: es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

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

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

ARTÍCULO 9°: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO GRUPAL Y COMPENSADO

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

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

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

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

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

Dichas modificaciones serán formalizadas mediante la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario grupal y del F.U.N. respectivo, lo que no será necesario si en la contratación del plan o en forma posterior se ha

mandatado, a una o más personas que los representen para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes.

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

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

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

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

El Plan de Salud Complementario grupal se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a 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 caso de término de la compensación, la isapre comunicará al cotizante compensado, por escrito, dicha terminación y la opción de mantener el plan al cual estaba adscrito, pagando la cotización adicional cuando corresponda; suscribir un Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la isapre y que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal al momento de terminarse la compensación, o bien, desafiliarse. El afiliado deberá optar por alguna de las alternativas que le propone la isapre, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal. Si la

aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo F.U.N., quedando en poder del cotizante una copia de cada documento. Si la aceptación es tácita, la isapre emitirá el F.U.N. correspondiente, firmado sólo por ésta, y lo remitirá por carta certificada al cotizante, junto con la copia del plan de salud respectivo, antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan. El Plan de Salud Complementario compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la isapre.

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

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

También deberá ofrecerse en caso que se modifique el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presume que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

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

- a) Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- b) Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- c) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el artículo 189 letra C, número 2, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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

ARTÍCULO 11º: MODALIDADES DE PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS

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

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

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

La Orden de Atención Médica o Bono tendrá un plazo de vigencia de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 30 días**) corridos, contado desde la fecha de su emisión.

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

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

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

El reembolso deberá ser solicitado dentro del plazo de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 60 días**) corridos, contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura, y siempre que tal documento haya sido emitido en razón de prestaciones otorgadas dentro del período de vigencia de beneficios.

El reembolso se efectuará mediante dinero efectivo, cheque u otro medio, exclusivamente al afiliado o beneficiario o a quien los represente legalmente, dentro del plazo de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o inferior a 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 _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 60 días**) corridos, contado desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso.

En todo caso, la isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o inferior a 60 días**) corridos, contado desde la presentación del PAM.

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

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

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

ARTÍCULO 12°: ARANCEL DE PRESTACIONES

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

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

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

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

ARTÍCULO 13°: OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Las principales obligaciones del afiliado son las siguientes:

- a) Proporcionar información completa y verdadera, tanto al momento de su incorporación a la isapre como en cada una de las modificaciones que experimente su Contrato de Salud, acerca de los antecedentes, suyos o de sus beneficiarios, referidos, especialmente, a la calidad laboral y monto de sus ingresos.
- b) Declarar de manera fidedigna toda la información que la isapre requiera en la Declaración de Salud, tanto de su situación personal como de cada uno de sus beneficiarios. Tratándose de enfermedades o condiciones de salud preexistentes, la información completa y verdadera deberá ser proporcionada al suscribir el Contrato de Salud o a la incorporación del beneficiario, cuando ésta fuere posterior.
- c) Dar cuenta a la isapre por escrito y dentro del más breve plazo, del término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de las personas integrantes del mismo, ajustando sus condiciones a la nueva situación. En el mes de marzo de cada año, deberá acreditar ante la isapre, la condición de familiar beneficiario de los hijos mayores de 18 años.
- d) Declarar y pagar en forma íntegra y oportuna el precio del Plan de Salud Complementario pactado y el precio de los beneficios que conforman la cotización, según el artículo 20 de este Contrato, tratándose de un afiliado independiente, cotizante voluntario, imponente voluntario o cesante.
- e) Hacer correcto uso de los beneficios y prestaciones que otorga el presente Contrato, tanto el afiliado como sus beneficiarios. Entre otras, se entenderá como falta a esta obligación la solicitud o percepción de beneficios fraccionando valores o tarifas del prestador, o fundados en documentos o diagnósticos falsos, prestaciones no realizadas, documentos adulterados u otorgados a personas distintas del cotizante o de sus beneficiarios registrados en la isapre, u obtenidos de prestadores diferentes al indicado en el documento, o la presentación de documentos incompletos o con omisión de información para la obtención de beneficios superiores o distintos a los que le correspondan.
- f) Cumplir con los exámenes, controles, peritajes e interconsultas que la Contraloría Médica de la isapre, en uso de sus facultades, le solicite realizar y entregarle 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.
- g) Comunicar a la isapre, dentro de los diez días siguientes contados desde la fecha en que se hayan producido, cualquiera de los siguientes hechos:
 - i. Cambio, adición o eliminación de empleador
 - ii. Cesantía
 - iii. Modificación de la situación previsional.
- h) Informar a la isapre la pérdida o robo de la credencial y/o cédula de identidad de cualquiera de los beneficiarios del Contrato, dentro de los diez días siguientes a la fecha en que tomó conocimiento de alguno de los hechos mencionados.
- i) Adjuntar la documentación pertinente, cada vez que solicite un beneficio, que acredite fehacientemente su procedencia.

- j) Informar a la isapre todo cambio de domicilio que se produzca durante la vigencia de este Contrato, personalmente o mediante carta certificada, correo electrónico, formulario diseñado por la isapre, u otro medio escrito o electrónico, dentro de los diez días siguientes de producido el cambio. La isapre deberá proporcionar al afiliado un documento en que conste el cumplimiento de su obligación.
- k) Colaborar con la isapre en el cumplimiento, por parte de ésta, de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

ARTÍCULO 14°: DECLARACIÓN DE SALUD

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

ARTÍCULO 15°: EXCLUSIONES DE COBERTURA

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

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

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

ARTÍCULO 16°: RESTRICCIÓN DE COBERTURA

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 17°: ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES NO DECLARADAS

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

de Salud. Se presumirá la mala fe si la isapre probare que el afiliado ocultó el hecho de la atención a fin de favorecerse de esta disposición.

ARTÍCULO 18°: CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) Incumplimiento de las obligaciones de la isapre. Este incumplimiento deberá ser declarado por la Superintendencia de Salud o la Justicia Ordinaria, a solicitud del afiliado.
- c) Desahucio del afiliado. El afiliado podrá, una vez transcurrido el primer año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el presente Contrato de Salud.

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

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

- d) Cierre de sucursal. Antes de cumplirse el primer año de vigencia de los beneficios contractuales el afiliado puede desahuciar el contrato de salud en caso que el cierre definitivo de una sucursal entorpezca seriamente el acceso a los beneficios pactados.
- e) Cesantía. El afiliado puede solicitar a la isapre el término de su Contrato de Salud, incluso antes de cumplir un año de vigencia de los beneficios contractuales, si la petición la fundamenta en su situación de cesantía, la que deberá ser debidamente acreditada ante la isapre, y siempre que no sea posible utilizar los excedentes de cotizaciones para pagar lo indicado en el inciso primero del artículo 19 de este Contrato.
- f) Mutuo acuerdo.
- g) Fallecimiento del afiliado, en caso que se renuncie al beneficio señalado en el artículo 7° del presente Contrato.
- h) Cierre del registro de la isapre.
- i) Desahucio del afiliado solicitado dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones.

- j) **La pérdida de relación laboral, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión².

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

ARTÍCULO 19°: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU REAJUSTABILIDAD

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

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

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

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

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

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si

² ** Cláusula que únicamente debe ser inserta en las Condiciones Generales Uniformes de las isapres cerradas, conforme la letra a, del Título II, del Capítulo I, del presente Compendio; y del inciso final del artículo 200 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

corresponde; más el precio que la isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o cotizante voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a 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 a través de las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. Para efectos del pago, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

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

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

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

ARTÍCULO 21°: EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

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

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

Al momento de celebrarse el Contrato de Salud, el monto de los excedentes no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, sin

perjuicio del tope legal establecido. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del cotizante.

Los fondos acumulados pueden ser requeridos por el afiliado en cualquier momento, para alguno de los siguientes fines:

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

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

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

ARTÍCULO 21 BISº: EXCESOS DE COTIZACIÓN

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

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

ARTÍCULO 22º: ADECUACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD

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

La adecuación propuesta deberá ser comunicada 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.

ARTÍCULO 22° BIS: ADECUACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SALUD

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

En los planes con prestadores cerrados o preferentes, en la misma oportunidad, en caso de término del convenio entre la isapre y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, la isapre podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél.

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

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 23°: AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

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

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

Asimismo, en virtud del artículo 191 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, la isapre está autorizada para subrogar al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria

la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la isapre haya pagado u otorgado.

ARTÍCULO 24°: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS

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

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

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

ARTÍCULO 25°: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

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

ARTÍCULO 26°: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO

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

.....
FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL AFILIADO

.....
FIRMA ISAPRE

b. El Formulario de Declaración de Salud

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

El afiliado deberá registrar fidedignamente las preexistencias en la Declaración de Salud, entendiéndose por tales, aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción de contrato o de la incorporación del beneficiario en su caso, como también

los demás antecedentes de salud que solicite la isapre. Asimismo, sólo en este documento se podrán establecer las condiciones particulares pactadas respecto de cada beneficiario al momento de su incorporación a la isapre, dejando constancia expresa de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 190 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

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

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

El formulario de la Declaración de Salud es el siguiente:”

2. Trasládese el Anexo 5.1. “Declaración de Salud”, del Capítulo III, a continuación del contenido de la letra b, del Título II, Capítulo I, pasando a llamarse “b1. Declaración de Salud”; asimismo, el Anexo 5.2. “Comprobante para el Afiliado”, del mismo Capítulo III, a continuación del antedicho, pasando a denominarse “b.2 Comprobante para el Afiliado”.
3. Agregase el siguiente contenido, luego de la letra “b.2 Comprobante para el Afiliado”:

“c. Plan de Salud

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.

Las normas que regulan el plan de salud se encuentran en el Capítulo II, del presente compendio de normas administrativas.”

4. Reemplácese el nombre del Capítulo III “Instrumentos Contractuales” por “Otros Documentos Contractuales”.
5. Elimínese el Título I, en conjunto con el Anexo 1, todos del Capítulo III.
6. Créase un nuevo Título V, en el Capítulo III, titulado “Las Condiciones Tipo”, e incorpórase el siguiente contenido a éste:

“1. Generalidades

1.1 Las “Condiciones Tipo” será el instrumento de todas aquellas Instituciones de Salud Previsional que adhieran a su contenido, presentación y uso, en los términos señalados en la presente instrucción. Las condiciones tipo contendrán:

- a) Las Condiciones Generales Uniformes, contenidas en la letra a, del Título I, del Capítulo I, del presente Compendio;

- b) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, contenidas en el Capítulo IV del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios;
- c) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, contenidas en el Anexo N°1, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.; y
- d) Las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de Isapres, contenidas en el Anexo N°8, del Título III, del Capítulo III, de este Compendio.

1.2 Al momento de la suscripción del respectivo contrato de salud previsional, las isapres podrán entregar al afiliado las "Condiciones Tipo" ya sea en soporte de papel; en un disco compacto (CD) o, mediante e-mail, sin perjuicio de la obligación de las isapres de mantenerlas disponibles en todas sus oficinas comerciales y en sus respectivos sitios web.

Del mismo modo, las "Condiciones Tipo" estarán a disposición de los afiliados para su conocimiento en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

2. Adhesión a las "Condiciones Tipo"

Se entenderá por adhesión a las "Condiciones Tipo", la adopción por parte de la Institución de Salud Previsional de todas las instrucciones que se contienen en la presente instrucción y de la utilización de las "Condiciones Tipo" en todos y cada uno de los contratos de salud que suscriba a partir de la fecha de adhesión informada.

En cualquier momento, las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión a las "Condiciones Tipo", debiendo informar por escrito de ello a esta Intendencia con 15 días de anticipación a su determinación, señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto y, además, en caso de revocación, el fundamento de ésta.

3. Procedimiento para el uso de las "Condiciones Tipo" en la celebración de los contratos de salud

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

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

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

3.3 En cuanto al llenado del FUN, deberá estarse a lo instruido en el Título III, de este Capítulo III.

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

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

7. Elimínase todo el contenido del Anexo N°8, del Capítulo III, salvo “Las Condiciones Particulares Plan Preventivo (PPI)” y sus Anexos.
8. Modifícase el nombre del Anexo N°8 por: “Las Condiciones Particulares Plan Preventivo (PPI)”.

III. VIGENCIA DE LA CIRCULAR

Las disposiciones de la presente circular entrarán en vigencia el primer día del cuarto mes siguiente a la fecha de notificación de la presente circular.

**NYDIA PATRICIA CONTARDO GUERRA
INTENDENTA DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

JJR/AMAW/FAHM

DISTRIBUCION:

- Gerentes Generales Isapres
- Asociación de Isapres de Chile
- Fiscalía
- Departamento de Fiscalización
- Oficina de Partes

Correlativo 509