Banmédica

Plan Salud Conecta RM

Obtén cobertura cerrada en Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio y Centros Médicos Red Dávila de la Región Metropolitana

Dávila

Dávila VESPUCIO

Cobertura Hospitalaria

80% cobertura sin tope

Clínica Dávila
Clínica Dávila Vespucio

Cobertura Ambulatoria

60% cobertura sin tope

Clínica Dávila
Clínica Dávila Vespucio
Centros Médicos Red Dávila

Garantías Explícitas de Salud (GES)	**Copago Fijo de 20% en Canasta GES**
Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)	**Copago Máximo Anual de 126 UF**

Atenciones de Urgencia

COPAGO FIJO
Clínica Dávila
Clínica Dávila Vespucio

	COPAGO FIJO URGENCIA SIMPLE	COPAGO FIJO URGENCIA COMPLEJA
Urgencia Adulto	1,3 UF	5 UF
Urgencia Pediátrica	1 UF	3,7 UF
Urgencia Maternidad	2,2 UF	8,4 UF

¿CÚALES SON LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A UN PLAN SALUD CONECTA?

Cobertura sin tope	Recibe atenciones hospitalarias y ambulatorias sin topes por evento en las clínicas indicadas en tu plan cerrado de salud.
Copagos Conocidos en Urgencia	Conoce previamente el valor de tu consulta de urgencia, ya sea atención de adulto, pediátrica o de maternidad.
Precios preferentes prestaciones paquetizadas	Colecistectomía Laparoscópica, Vasectomía Bilateral, Cirugía Meniscos, Apendicectomía y Hernia Diafragmática. Entre muchas otras.

Salud Conecta Clásico 46/2601

BSCC260146

Tipo de Plan: Individual [X] Grupal [ ]

Plan de salud complementario modalidad prestador cerrado

FUN N° _____

PRESTACIONES	OFERTA CERRADA		
	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario
	%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
Día Cama	**80% Sin Tope** Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio (Habitación Individual Simple) (Solo con Médicos Staff) (Solo con bonos)		Sin Tope
Sala Cuna			Sin Tope
Incubadora			Sin Tope
Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario			Sin Tope
Día Cama Transitorio u Observación			Sin Tope
Exámenes de Laboratorio			Sin Tope
Imagenología			Sin Tope
Derecho Pabellón			Sin Tope
Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional			Sin Tope
Procedimientos			Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.1)			Sin Tope
Medicamentos (1.8) (1.14)			1200 UF
Materiales e Insumos Clínicos (1.8) (1.14)			Sin Tope
Quimioterapia (1.10)			Sin Tope
Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis			Sin Tope
Visita por Médico Tratante y Médico Interconsultor			Sin Tope
Traslados (6)			Sin Tope
AMBULATORIAS			
Consulta Médica	**60% Sin Tope** Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio, Centros Médicos Red Dávila (Solo con Médicos Staff y en convenio) (Solo con bonos)		Sin Tope
Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (1.15)**			3 UF
Exámenes de Laboratorio			3 UF
Imagenología			1,2 UF
Derecho Pabellón Ambulatorio			1,2 UF
Procedimientos			1,2 UF
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2)			1,2 UF
Radioterapia			1,2 UF
Fonoaudiología			1,2 UF
Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional			1,2 UF
Prestaciones Dentales (PAD) (1.7)			5,5 UF
Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) (1.7)			Sin Tope
Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) (1.7)			
Tratamiento de fertilización asistida (PAD) (1.7)			
Consulta y Atención Integral de Nutricionista			
Atención Integral de Enfermería			
Prótesis y Órtesis (1.9)			
Quimioterapia (1.10)			

ATENCIONES DE URGENCIA INTEGRAL (1.3)

	Clínica Dávila - Clínica Dávila Vespucio	
	Urgencia Simple	Urgencia Compleja
Copago Fijo Urgencia Adulto (2.6)	1,3 UF	5 UF
Copago Fijo Urgencia Pediátrica (2.5)	1 UF	3,7 UF
Copago Fijo Urgencia Maternidad (2.7)	2,2 UF	8,4 UF

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

Prestaciones Hospitalarias de Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica (1.11) Prestaciones Hospitalarias de Cirugía Refractiva (1.11)	**40% Sin Tope** Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio (Solo con Médicos Staff y en convenio) (Solo con bonos)		

OTRAS PRESTACIONES

Marcos y Cristales Ópticos (1.12)	50%	0,8 UF	0,8 UF
Medicamentos Tratamiento Esclerosis Múltiple (1.13) (1.14)		18 UF	210 UF
Cobertura Internacional (1.6)		33 UF	33 UF

PRESTADORES DERIVADOS HOSPITALARIOS (5)	Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio
PRESTADORES DERIVADOS AMBULATORIOS (5)	Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio, Centros Médicos Red Dávila

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

(**) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DONDE SE INDIVIDUALIZAN ESPECIALIDADES INCORPORADAS AL ARANCEL

Precio Base	UF	Cotización Legal	%

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Tabla de Factores de Precio (Código 1156)

Tipo de Beneficiario

Tramos de Edad	Cotizantes	Cargas
0 a menos de 20 años	0,6	0,6
20 a menos de 25 años	0,9	0,7
25 a menos de 35 años	1	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1
55 a menos de 65 años	2	1,4
65 años y más	2,4	2,2

Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional se utilizará el valor que tenga la UF el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante. Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional se utilizará el valor que tenga la UF el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante.

Identificación Única del Arancel	B1	Modalidad del Arancel	$

Tope General Anual por Beneficiario	5.000	UF

Firma representante Isapre

Firma de Afiliado

Nombre: _____

Rut: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Rut: _____

Fecha: _____

Huella dactilar Afiliado

Notas Explicativas del Plan de Salud:

1. COBERTURAS

1.1) **Las prestaciones hospitalarias** son aquellas en que la persona requiere indubitadamente infraestructura hospitalaria, cuando se presenten alguna de las siguientes circunstancias: i) La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate; o ii) el prestador ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de este conforme el arancel vigente en la Isapre.

Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria. Para acceder a la cobertura de la oferta cerrada del plan de salud, de acuerdo a los porcentajes de cobertura establecidos para dicha oferta, el beneficiario deberá ingresar al prestador indicado en su plan de salud, fecha a contar de la cual operará esta cobertura. La oferta cerrada hospitalaria dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio. En caso contrario, esto es, cuando por falta de profesionales o medios, el prestador se encuentra imposibilitado temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada, habiendo transcurrido el tiempo de espera previsto en el plan de salud para el otorgamiento de las prestaciones, el beneficiario deberá comunicarse al Call Center de la Isapre (Fono: 600 600 3600), a fin de que esta efectúe la derivación correspondiente a alguno de los prestadores derivados indicados en el plan de salud, o bien, a otro prestador que la Isapre defina oportunamente.

En caso de efectuarse la derivación por alguna de las insuficiencias referidas en el párrafo precedente (física y/o técnica), se deja expresa constancia de que las prestaciones que se otorguen en el prestador derivado corresponderán únicamente a aquellas que no pudieron ser otorgadas al beneficiario por Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio. En estos casos, las prestaciones otorgadas serán bonificadas de acuerdo con la cobertura que le habría correspondido al beneficiario de haberse atendido en los prestadores nominados que, producto de la insuficiencia, dieron origen a la derivación. Sin perjuicio de lo anterior, si el beneficiario igualmente se realiza las prestaciones en otro prestador distinto, **sin la autorización y derivación previa de la Isapre,** estas no tendrán cobertura alguna.

La oferta cerrada hospitalaria comprende únicamente las prestaciones que se indican en el arancel B1.

La cobertura cerrada (incluyendo los honorarios médicos quirúrgicos), se realizará únicamente a través de la presentación de bonos en los prestadores indicados en el plan de salud, solo con médicos staff y en convenio con la Isapre. En caso contrario, no se otorgará cobertura alguna.

1.2) **La consulta médica:** considera la consulta médica general, de especialidades y las consultas psiquiátricas y psicológicas. La cobertura de **prestaciones ambulatorias** se otorgará en los términos establecidos en el plan de salud cerrado, en la medida que sean otorgadas a los beneficiarios en Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio o Centros Médicos Dávila. Asimismo, en el caso de prestaciones de apoyo de diagnóstico, tales como exámenes y/o imágenes, es necesario que la orden médica correspondiente haya sido emitida por un prestador nominado en el plan de salud cerrado o derivado por la Isapre. En caso de no cumplirse con lo anterior, las prestaciones no tendrán cobertura alguna, aun cuando sean realizadas a los beneficiarios en alguno de los prestadores nominados en el plan de salud. En caso de que las prestaciones se otorguen en la forma antes descrita, la bonificación otorgada corresponderá a la cobertura cerrada del plan de salud complementario, de acuerdo con el porcentaje de cobertura y topes establecidos, según corresponda.

La oferta cerrada ambulatoria dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en los prestadores indicados en el plan de salud para este ítem. En caso contrario, esto es, cuando por falta de profesionales o medios, el prestador se encuentra imposibilitado temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada, habiendo transcurrido el tiempo de espera previsto en el plan de salud para el otorgamiento de las prestaciones, el beneficiario deberá comunicarse al Call Center de la Isapre (Fono: 600 600 3600), a fin de que esta efectúe la derivación correspondiente a alguno de los prestadores derivados indicados en el plan de salud, o bien, a otro prestador que la Isapre defina oportunamente.
En caso de efectuarse la derivación por alguna de las insuficiencias referidas en el párrafo precedente (física y/o técnica), se deja expresa constancia que las prestaciones que se otorguen en el prestador derivado corresponderán únicamente a aquellas que no pudieron ser otorgadas al beneficiario por Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio o Centros Médicos Dávila. En estos casos, las prestaciones otorgadas serán bonificadas de acuerdo a la cobertura que le habría correspondido al beneficiario de haberse atendido en los prestadores nominados que, producto de la insuficiencia, dieron origen a la derivación. Sin perjuicio de lo anterior, si el beneficiario igualmente se realiza las prestaciones en otro prestador distinto, sin la autorización y derivación previa de la Isapre, estas no tendrán cobertura alguna.
La cobertura cerrada (incluyendo los honorarios médicos quirúrgicos) se realizará únicamente a través de la presentación de bonos en los prestadores indicados en el plan de salud, solo con médicos staff y en convenio con la Isapre. La oferta cerrada ambulatoria comprende únicamente las prestaciones que se indican el arancel B1.

1.3) En caso de **atenciones de urgencia,** para tener acceso a la cobertura cerrada establecida en el plan de salud bajo el ítem **"Atenciones de Urgencia Integral",** el beneficiario deberá dirigirse a alguno de los prestadores designados en su plan de salud para este ítem, a saber, Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio. Para acceder a las prestaciones, el beneficiario deberá identificarse en el prestador con su cédula nacional de identidad y, una vez otorgadas las atenciones de urgencia integral por parte del prestador, deberá efectuar el copago fijo establecido en su plan de salud para el tipo de atención de urgencia, según se trate de una Urgencia Adulto, Pediátrica o de Maternidad y, en cada uno de esos casos se distinguirá según corresponda a una Atención de Urgencia Simple o Compleja. La urgencia se catalogará como Simple o Compleja de acuerdo a las prestaciones que se realicen al beneficiario (Ver definiciones contenidas en los puntos 2.3, 2.4, 2.5, 2.6 y 2.7 de las presentes notas explicativas).
La cobertura de las prestaciones incluidas en el copago fijo de las "Atenciones de Urgencia Integral", señalada en la oferta cerrada del plan de salud, no se extiende a las prescripciones y prestaciones posteriores derivadas de la consulta de urgencia ambulatoria, aunque tenga relación con ella, las que tendrán cobertura de acuerdo al plan de salud cerrado, según corresponda.
Se deja constancia que si el beneficiario, producto de la atención de urgencia, debe ser hospitalizado por indicación médica en el prestador cerrado, deberá pagar únicamente el copago correspondiente a la hospitalización respectiva, de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en su plan de salud, en las condiciones señaladas en el punto 1.1 precedente.
En los casos en que el beneficiario, producto de una atención de urgencia haya ingresado a un prestador distinto de Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio, deberá llamar al Call Center de la Isapre para informar dicha circunstancia, teniendo derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores nominados en la oferta cerrada de su plan de salud, previa autorización y derivación de la Isapre.
En relación a lo anterior, se deja constancia que solo una vez que el paciente haya ingresado al prestador cerrado derivado por la Isapre, operará la cobertura cerrada de su plan de salud.
Por su parte, la Isapre tendrá derecho a trasladar al beneficiario a Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio solo una vez que se cuente con la autorización médica correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, si habiéndose obtenido la autorización médica referida, el beneficiario rechaza el traslado y opta por permanecer en el prestador en que se encuentra, la Isapre no otorgará cobertura alguna.
Los gastos derivados del traslado del beneficiario serán bonificados de acuerdo a la cobertura establecida en el plan de salud para este ítem.

1.4) En caso de **atenciones de urgencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave,** debidamente certificadas por el médico tratante conforme a la normativa vigente, que hayan sido otorgadas al beneficiario en un prestador que no forma parte de la oferta cerrada del plan de salud, el beneficiario deberá dar aviso a la Isapre, personalmente o por medio de un familiar u otro representante, dentro de las 48 horas siguientes al evento, de acuerdo con el procedimiento establecido en el párrafo segundo del punto 1.1. Si el plazo referido se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente. En estos casos, la Isapre otorgará una cobertura equivalente al porcentaje establecido en el plan de salud para las prestaciones ambulatorias en prestador preferente de la oferta cerrada, con un tope máximo de 2,7 veces la cobertura establecida en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección para cada prestación otorgada. De no cumplirse con el procedimiento señalado anteriormente, la Isapre otorgará a las atenciones de urgencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave, únicamente la cobertura establecida en el Arancel Fonasa en modalidad libre elección. Por su parte, una vez que el beneficiario se encuentre estabilizado y con autorización médica de traslado, la Isapre tendrá derecho a disponer el traslado del paciente a alguno de los prestadores individualizados en el plan de salud. Sin perjuicio de lo anterior, si habiéndose obtenido la autorización médica referida, el beneficiario rechaza el traslado y opta por permanecer en el prestador en que se encuentra, la Isapre no otorgará cobertura alguna a las prestaciones otorgadas al beneficiario con posterioridad a su estabilización médica y autorización de traslado.

1.5) Tratándose de **atenciones de urgencia que no impliquen riesgo vital y/o secuela funcional grave,** y que sean otorgadas al beneficiario en un prestador ubicado fuera de la Región Metropolitana, el beneficiario podrá obtener cobertura una vez realizada y pagada la prestación, solicitando posteriormente el correspondiente reembolso a través de nuestros canales digitales (reembolso web vía sucursal virtual). El porcentaje de cobertura y topes que se otorgarán a las atenciones de urgencia en prestador fuera de la Región Metropolitana, será equivalente al contemplado en el plan de salud para la cobertura ambulatoria en Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio, y únicamente respecto de las consultas de urgencia, exámenes de laboratorio e imagenología de urgencia, derecho pabellón ambulatorio, procedimientos de urgencia y honorarios médicos quirúrgicos. Para medicamentos y materiales de urgencia el porcentaje de cobertura será el contemplado en el plan de salud para la cobertura ambulatoria en Clínica Dávila o Clínica Dávila Vespucio, con un tope máximo por evento de 0,7 UF. En estos casos, la Isapre otorgará la cobertura señalada, siempre y cuando no correspondan a cirugías electivas y se trate únicamente de atenciones de urgencia.
Adicionalmente, si el beneficiario, producto de la atención de urgencia que no implique riesgo vital y/o secuela funcional grave, debe ser hospitalizado por indicación médica, tendrá derecho a ser trasladado al prestador contemplado en la oferta cerrada de su plan o, en caso de insuficiencia física y/o técnica, al prestador al que sea derivado por la Isapre, de acuerdo con las condiciones señaladas en el párrafo segundo del punto 1.1 precedente. En relación a lo anterior, se deja constancia de que solo una vez que el paciente haya ingresado al prestador cerrado derivado por la Isapre, o bien, al derivado en caso de insuficiencia física y/o técnica, operará la cobertura cerrada de su plan de salud. Por su parte, la Isapre tendrá derecho a trasladar al beneficiario al prestador derivado por esta, solo una vez que se cuente con la autorización médica correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, si habiéndose obtenido la autorización médica referida, el beneficiario rechaza el traslado y opta por permanecer en el prestador en que se encuentra, la Isapre no otorgará cobertura alguna.
Si en el caso indicado anteriormente, el beneficiario se traslada e ingresa efectivamente para hospitalización en el prestador cerrado o al derivado por la Isapre en caso de insuficiencia física y/o técnica, deberá pagar sólo el copago correspondiente a la hospitalización respectiva, de acuerdo con los porcentajes y topes establecidos en su plan de salud, en las condiciones señaladas en el punto 1.1 precedente. Los gastos derivados del traslado del beneficiario al prestador cerrado designado por la Isapre serán bonificados de acuerdo con la cobertura establecida en el plan de salud para este ítem.

1.6) La Isapre otorgará **cobertura internacional** de acuerdo a los siguientes criterios:
El afiliado y los beneficiarios del contrato tendrán derecho a bonificación por las prestaciones otorgadas en el extranjero. En estos casos, el afiliado deberá entregar en cualquier sucursal de la Isapre toda la documentación que dé cuenta de las atenciones recibidas, tales como boletas y/o facturas, además de los respectivos antecedentes médicos, los cuales deberán estar traducidos al idioma español y encontrarse debidamente legalizados en el Consulado de Chile correspondiente al país en el cual fueron otorgadas las prestaciones. En relación a estas prestaciones, la Isapre otorgará cobertura de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en el plan de salud para este ítem.
Para requerir esta cobertura, el afiliado deberá estar a lo indicado en el artículo 11 letra b) de las Condiciones Generales del Contrato de Salud (pago directo con reembolso posterior).
La bonificación correspondiente se pagará en moneda nacional, al cambio oficial vigente de la moneda con que se efectuó el pago, de acuerdo al valor de ésta al último día del mes anterior a la fecha de la bonificación.

1.7) Los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) tendrán bonificación de acuerdo a la cobertura cerrada establecida en el plan de salud complementario, la cual estará sujeta a los mismos términos, topes y condiciones aplicables bajo el Arancel Fonasa Modalidad de Libre Elección. En el caso de los PAD dentales, la cobertura se otorgará solo a los beneficiarios que tengan entre 12 años y 34 años, 11 meses y 29 días. Por su parte, respecto del PAD por Atención Odontológica Integral Del Paciente Oncológico este no contempla límite de edad para los beneficiarios. Asimismo, las prestaciones contenidas en este último PAD podrán realizarse por cada tratamiento indicado por el equipo oncológico tratante y, en forma previa al inicio del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioterapia). Tratándose del PAD Clínica de Lactancia, la cobertura se otorgará a beneficiarios que tengan entre 0 y 6 meses de edad y, en el caso del PAD de Mal Nutrición Infantil, la cobertura se otorgará a beneficiarios que tengan entre 7 y 72 meses de edad.
El PAD "Tratamiento Fertilización Asistida Baja Complejidad", asociada al diagnóstico de infertilidad, incluye las consultas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación de embriones, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para la realización del tratamiento referido, previa indicación médica. La cobertura financiera incluye la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial.

Tratándose del PAD "Tratamiento Fertilización Asistida Alta Complejidad", la Isapre otorgará cobertura al grupo de prestaciones que conforman los PAD. Dicha cobertura incluye el tratamiento hormonal necesario y completo con sus respectivos medicamentos; Honorarios médicos y todas las consultas de matrona y de psicólogo del equipo tratante; Exámenes de imagenología y laboratorios necesarios, durante todo el tratamiento (ecografías, Anticuerpos virales, determinación de HIV, Hepatitis B, entre otros); Día cama ginecológico, cuando corresponda. Adicionalmente, incluye la selección de espermatozoides, fecundación del óvulo y cultivo embrionario.
Además, se incorpora el congelamiento o vitrificación de los embriones excedentes que se forman en la FIV o en ICSI. No incluye esa cobertura la mantención de embriones una vez concluido el procedimiento.
Para tener derecho a la cobertura de los tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad, la mujer debe contar con diagnóstico previo de infertilidad, ya sea que este haya sido formulado a ella o a su pareja.
La Isapre deberá otorgar cobertura a los ciclos requeridos por la beneficiaria, a cada uno de los grupos de prestaciones de cada ciclo, valores que se actualizarán conforme lo haga el arancel Fonasa respectivo. La beneficiaria que solicite cobertura para estos tratamientos deberá contar con la correspondiente orden médica que certifique que tiene un diagnóstico de infertilidad y requiere someterse a tratamientos de fertilización asistida de alta complejidad. El certificado deberá señalar que la paciente cuenta con medición de reserva ovárica, que en los casos que corresponda ya cuenta con tratamientos de baja complejidad, de acuerdo con la etiología de la infertilidad que presente, con resultados infructuosos, o que la beneficiaria es candidata directa sólo a este tipo de procedimientos, explicando los fundamentos clínicos. Las mujeres deben encontrarse libres de patologías concomitantes que impidan comenzar el tratamiento. Si cursan alguna patología crónica, ésta debe estar compensada para su derivación y posterior inicio de tratamiento de infertilidad de alta complejidad.
Para el otorgamiento de la bonificación por parte de la Isapre respecto de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), el beneficiario deberá adjuntar la boleta o factura emitida por el prestador, en la que consten expresamente los códigos de los PAD correspondientes, o bien, las prestaciones que éstos incluyen.

1.8) Se procederá a la bonificación de los **Medicamentos, Insumos y Materiales Clínicos** sólo en prestaciones que requieran hospitalización y en las prestaciones asociadas a Cirugías Ambulatorias que tengan asociadas un código de pabellón 5 o superior. Esta cobertura se aplica por evento y por beneficiario. Se excluyen de esta cobertura las drogas antineoplásicas para el tratamiento del cáncer, las cuales se bonificarán de acuerdo al porcentaje y tope señalado bajo el ítem "Quimioterapia" del plan de salud complementario (ver punto 1.10). Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos, insumos y materiales clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios.

1.9) En relación con la prestación **Audífonos,** solo se contempla cobertura respecto de las personas mayores de 55 años, de conformidad con el arancel correspondiente.

1.10) La cobertura cerrada respecto de la prestación **Quimioterapia** incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosina quinasa, como tratamientos para el cáncer. Asimismo, se extiende a todos los insumos para la administración de los fármacos oncológicos, incorporándose, además, en el valor de los esquemas de riesgo alto e intermedio, el valor de los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos. Dicha cobertura se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en el plan de salud complementario.

1.11) La Isapre otorgará cobertura cerrada establecida en el plan de salud respecto de las Prestaciones Hospitalarias de Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica, en caso de que sean realizadas al paciente en alguno de los prestadores cerrados señalados en el plan de salud, únicamente a través de la presentación de bonos, solo con médicos staff y en convenio con la Isapre. En caso de insuficiencia física y/o técnica del prestador para la realización de alguna de estas prestaciones, se aplicará lo establecido en el punto 5 de las presentes notas explicativas.
Por su parte, en caso de que la prestación no se realice en alguno de los prestadores cerrados señalados en el plan de salud, la Isapre no otorgará cobertura alguna. Lo anterior, salvo los casos de insuficiencia señalados en el párrafo precedente, en cuyo caso se aplicarán las reglas ahí indicadas.

1.12) Corresponderá la bonificación de los **marcos y cristales ópticos** sólo contra la presentación de la receta médica respectiva. Los anteojos para presbicia no requieren de receta médica para las personas mayores de 40 años.

1.13) Los medicamentos asociados al tratamiento de **esclerosis múltiple remitente recurrente** serán bonificados por la Isapre de acuerdo con el porcentaje de cobertura y tope establecido en el plan de salud para este ítem, solo contra la presentación del respectivo Programa Médico.

1.14) Todos los medicamentos, materiales clínicos e insumos, incluidas las drogas antineoplásicas para el tratamiento del cáncer y los medicamentos para el tratamiento de la esclerosis múltiple, se bonificarán únicamente en la medida que estén registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) y tengan fines curativos. Por lo anterior, se excluyen de cobertura los medicamentos que tengan fines de investigación y experimentación.

1.15) Considera todas las especialidades incluidas en el Arancel Fonasa Modalidad Libre Elección vigente.

2. DEFINICIONES

2.1) **Plan cerrado:** Aquel cuya estructura sólo contempla el otorgamiento de 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.** Conforme a lo anterior, cualquier prestación que se realice fuera de los prestadores individualizados en el plan de salud cerrado, no estará afecta a cobertura alguna ni al correspondiente reembolso por parte de la Isapre.

2.2) **Condiciones de funcionamiento del plan de salud cerrado:** Para el adecuado otorgamiento de las prestaciones a los beneficiarios en favor de la recuperación de su salud, y con el fin de efectuar una correcta administración del plan contratado, se deja expresa constancia de que los prestadores ambulatorios y hospitalarios nominados en el plan de salud cerrado podrán intercambiar la información médica pertinente relacionada con las atenciones de salud otorgadas al beneficiario, sobre todo tratándose de casos en que este último deba ser derivado a otro prestador de la oferta cerrada para el otorgamiento de otras prestaciones. En relación a lo anterior, se deja constancia que la transmisión de la información médica del paciente entre los prestadores del plan cerrado se efectuará únicamente entre los profesionales de salud que la normativa vigente autoriza para estos efectos, manteniendo la máxima confidencialidad de dichos antecedentes de conformidad con la legislación aplicable.

2.3) **Copago fijo evento urgencia simple:** Incluye la consulta de urgencia, exámenes de laboratorio, medicamentos y materiales de urgencia, imágenes radiológicas simples, ecotomografías y procedimientos no invasivos efectuados al beneficiario en el contexto de una atención de urgencia ambulatoria.

2.4) **Copago fijo evento urgencia compleja:** Incluye todo lo indicado en la definición de urgencia simple, más la realización de exámenes de Imagenología del subgrupo 03 del arancel del plan de salud (B1) (TAC: tomografía axial computarizada-scanner) y subgrupo 05 (Resonancia nuclear magnética). Adicionalmente, una urgencia integral compleja está determinada por la realización de procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y atenciones de pacientes que ingresen en riesgo vital y/o secuela funcional grave.
De conformidad con lo anterior, se considerará como compleja la atención de urgencia ambulatoria, si al paciente se le realiza alguna de las prestaciones señaladas en el párrafo anterior, o bien, alguna de las prestaciones incluidas en el siguiente listado:

CÓDIGO	NOMBRE DE LA PRESTACIÓN
1202004	Absceso, vaciamiento y/o drenaje de saco y/o glándula, lagrimal
1202029	Absceso orbitario, trat. Quir.
1201029	Cuerpo extraño conjuntival y/o corneal en adultos
1201030	Cuerpo extraño conjuntival y/o corneal en niños
1301003	Nasofaringolaringofibroscopía
1302025	Drenaje de absceso o flegmon periamigdaliano
1302002	Extracción cuerpo extraño en conducto auditivo externo
1502001	Heridas de la cara complicadas: 1 o varias de más de 5 cms., y/o ubicadas en bordes de parpados, labios o ala nasal y/o ,que comprometen músculos, conductos, vasos o nervios
1502002	Heridas de la cara simples: 1 o varias de hasta 5 cms. Que solo comprometen piel
1502021	Colgajo simple único
1602203	Resto del cuerpo hasta 3 lesiones: extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas ,por excisión
1602221	Herida cortante o contusa complicada, reparación y sutura (más de 5 cm)
1602222	Herida cortante o contusa no complicada, reparación y sutura (una o múltiple hasta 5 cms. De largo total que comprometa solo la piel)
1602225	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos
1602241	Curación por medico, quemadura o similar 5 a 10% superficie corporal en pabellón
1602224	Resto del cuerpo: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor solido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
1701045	Ecocardiograma bidimensional doppler color
1707034	Cuerpo extraño de bronquio, extracción por vía endoscópica (incluye la endoscopia)
1707037	Intubación traqueal (proc. Aut.)
1801001	Gastroduodenoscopía (incluye esofagoscopía)
1801024	Instalación endoscópica de sonda enteral
1801028	Cuerpo extraño, extracción endoscópica
1801042	Vaciamiento manual de fecaloma
1801035	Ligadura hemorroides
1803019	Hemorroides, trombectomía (proc. Aut.)
1803002	Absceso anorrectal simple, trat. Quir.
1803003	Absceso sacrocoxigeo, drenaje
1870025	Instalación sonda nasoenteral
1901021	Vac. Vesical p/punción hipogástrica o cistostomía p/punción
1902031	Cistostomía c/s extracción de cuerpo extraño c/s instalación de catéter suprapúbico
1902022	Ureterectomía, ureteroplastía, ureterorrafia, ureterolisis, transureteroanastomosis, cualquier vía o técnica.
1901022	Vac. Vesical por sonda uretral, (proc. Aut.)
2107005	Fracturas medianas (diafisis humeral, radial, cubital, diafisis femoral, tibial, peroneal, clavicular, platillos, tibiales)
2107001	Luxaciones de articulaciones medianas (hombro, codo, rodilla, tobillo, muñeca, tarso y esternoclavicular)
2107003	Luxaciones de articulaciones menores (el resto)
2107002	Luxaciones de articulaciones mayores (columna, cadera, pelvis)
2107006	Fracturas menores (el resto)

2.5) **Urgencia Pediátrica:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario cuya edad esté comprendida entre los 0 y los 14 años.

2.6) **Urgencia Adulto:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario de 15 años o más.

2.7) **Urgencia Maternidad:** Corresponde a la atención obstétrica de urgencia.

2.8) **UF.:** Unidad de Fomento.

2.9) **Tope general anual por beneficiario:** Es único y comprende todas las bonificaciones otorgadas por la Isapre de acuerdo al Plan de Salud complementario en el período anual de vigencia de beneficios. Alcanzado este tope general anual por beneficiario, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley, en la medida que el beneficiario se atienda en alguno de los prestadores incorporados en el plan cerrado, determinándose de esta forma el nuevo copago.

2.10) **Orden Médica:** Orden escrita emitida por el médico tratante para que el paciente pueda realizarse exámenes, imágenes u hospitalización, entre otras prestaciones. Toda prestación ambulatoria, excepto la consulta médica y los anteojos para presbicia para mayores de 40 años requerirá, para obtener la orden de atención, acompañar la indicación médica que la originó con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

2.11) **Habitación Individual Simple:** Corresponde a la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario de la oferta cerrada.

2.12) **Médico Staff:** Corresponde al médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la oferta cerrada y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre para este tipo de planes de salud.

2.13) **Tope Máximo año contrato por beneficiario:** son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones de que se trate. El valor indicado rige individualmente para cada beneficiario por año de vigencia de beneficios. La bonificación corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. Cuando la suma de las bonificaciones en un año sea superior al monto máximo anual, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.

2.14) **Evento Hospitalario:** Se entiende por evento médico hospitalario todas aquellas prestaciones efectuadas a un mismo beneficiario, por un mismo diagnóstico y en un mismo prestador, salvo que se haya realizado una derivación por insuficiencia física y/o técnica a otro prestador, habiéndose producido una interrupción en la primera hospitalización, considerándose para todos los efectos una misma hospitalización.

2.15) **Ciclo de Quimioterapia:** Se entiende por ciclo de quimioterapia el período de tiempo que comprende el número de días empleados en la secuencia de un determinado tratamiento antineoplásico.

3. VALOR DE CONVERSIÓN DE LA UNIDAD DE FOMENTO A UTILIZAR

Los topes en Unidades de Fomento indicados en las columnas Topes de Bonificación y Montos Máximos Usuario/Año, se calcularán de acuerdo al valor que tenga la Unidad de Fomento el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
El valor de la Unidad de Fomento que se utilizará para el pago de la cotización corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

4. REAJUSTE DEL ARANCEL DE PRESTACIONES

El Arancel o catálogo valorizado de prestaciones se reajustará el primero de abril de cada año en un 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios del Consumidor (IPC) entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año anterior. Para el caso que desaparezca o se reemplace dicho índice, se sustituirá por el que la autoridad competente disponga en lugar de aquél.

5. TIEMPOS DE ESPERA

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA EN DÍAS CORRIDOS EN LOS PRESTADORES IDENTIFICADOS EN LA OFERTA CERRADA DEL PLAN DE SALUD
(mientras sea médicamente aconsejable)

PRESTACIÓN	N° DÍAS
Consulta Médica	10 días
Exámenes de Laboratorio	4 días
Imagenología	4 días
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	5 días
Intervenciones Quirúrgicas Programadas	9 días

Los plazos indicados se cuentan desde el día siguiente a aquel en que el paciente solicite la prestación.
En caso de que un prestador no pueda cumplir con los tiempos máximos de espera, el beneficiario deberá comunicarse al Call Center (Fono: 600 600 3600) de la Isapre, a fin de que esta efectúe la derivación correspondiente a alguno de los prestadores derivados indicados en el plan de salud, o bien, a otro prestador que la Isapre defina.
En caso de efectuarse la derivación referida en el párrafo precedente se deja expresa constancia de que las prestaciones que se otorguen en el prestador derivado corresponderán únicamente a aquellas que no pudieron ser otorgadas al beneficiario por el prestador nominado en la oferta cerrada del plan de salud. En estos casos, las prestaciones otorgadas serán bonificadas de acuerdo a la cobertura que le habría correspondido al beneficiario de haberse atendido en el prestador nominado que dio origen a la derivación. Sin perjuicio de lo anterior, si el beneficiario igualmente se realiza las prestaciones sin la derivación previa de la Isapre, estas no tendrán cobertura alguna.

6. TRASLADOS

La bonificación para traslados será conforme a lo establecido en el plan de salud para dicho ítem, y regirá únicamente respecto de los traslados autorizados por el médico tratante y originados por hospitalizaciones. Asimismo, el otorgamiento de la cobertura deberá ser autorizado siempre y en forma previa por la contraloría médica de la Isapre, salvo casos de urgencia debidamente certificados por el médico tratante. Esta bonificación incluye y se extiende solamente al paciente y no a sus acompañantes.

7. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y OPINIONES MÉDICAS DIVERGENTES

La segunda opinión médica se podrá obtener de un profesional del mismo prestador cerrado derivado por la Isapre o de un profesional de otro prestador cerrado contemplado en el plan de salud. En caso de que el plan no contemple otro prestador cerrado, la segunda opinión médica podrá ser entregada por un profesional del o los prestadores derivados.
Frente a divergencias entre las opiniones médicas que se produzcan como consecuencia del ejercicio del derecho a solicitar una segunda opinión médica, le asiste al cotizante y/o a los beneficiarios del plan de salud el derecho de requerir del Director Médico o Jefe del Servicio del prestador individualizado en la oferta cerrada del plan de salud, dentro del plazo máximo establecido en el cuadro “Tiempos máximos de espera en días corridos en los prestadores identificados en la oferta cerrada del plan de salud”, un pronunciamiento por escrito, en el cual consten los fundamentos médicos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo haya emitido. El referido plazo podrá prorrogarse de común acuerdo entre el beneficiario y la Isapre.

8. TÉRMINO O MODIFICACIÓN DEL CONVENIO CON EL PRESTADOR CERRADO

Si durante la vigencia de este plan de salud se produjera el término o modificación del convenio con alguno(s) del(los) prestador(es) cerrado(s), terminase su existencia legal, experimentare una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura o una paralización permanente de sus actividades, no se afectará la cobertura cerrada con dicho prestador. En este caso, la Isapre efectuará todas las gestiones que correspondan de acuerdo a la normativa vigente.

9. REGLAS ESPECIALES SOBRE MODIFICACIÓN DE CONTRATO

9.1) En caso de que el afiliado modifique su domicilio acreditando que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios al prestador o prestadores cerrados individualizados en el plan de salud, o si se produce una falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos, la Isapre deberá ofrecer un nuevo plan de salud si este es requerido por el afiliado fundamentándose en algunas de las referidas circunstancias. Dicha oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud de aquellos que se encuentren en comercialización, que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

9.2) En caso de que la Isapre incurra en alguno de los siguientes incumplimientos:
a) Falta de derivación imputable a la Isapre: el beneficiario deberá dirigirse a algunos de los prestadores cerrados o derivados establecidos en su plan de salud. En caso de requerirlo, el beneficiario puede revisar su plan de salud en el sitio privado de la página web de la Isapre o en la aplicación móvil de la misma. En estos casos, el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haberse mantenido en el prestador cerrado.
b) En caso de que el afiliado solicite derivación por insuficiencia física y/o técnica y la Isapre lo derive a un prestador distinto de los indicados en su plan de salud, el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haber sido derivado a un prestador cerrado incluido en su plan de salud.
c) En caso de que el prestador derivado no otorgue atención efectiva y oportuna al beneficiario, la Isapre lo derivará a un nuevo prestador, respecto del cual el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será la que hubiese correspondido al beneficiario de haber sido derivado a un prestador cerrado incluido en su plan de salud.