TIPO DE PLAN: **INDIVIDUAL:** X **GRUPAL:** ☐ **FUN Nº**

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*) Bonificación %	OFERTA PREFERENTE (*) Bonificación Tope	LIBRE ELECCIÓN (*) Bonificación %	LIBRE ELECCIÓN (*) Bonificación Tope	Tope Máximo Beneficiario/Año
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
Día Cama Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios Día Cama Transitorio y Observación Día Cama Cuidados Incubadora Día Cama Sala Cuna Derecho Pabellón Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional Materiales e Insumos Clínicos Medicamentos	**70% sin tope** en Clínicas: Dávila Recoleta, Dávila Vespucio, RedSalud Providencia y RedSalud Santiago. **50% sin tope en:** Clínica BUPA Santiago. (Habitación Individual Estándar) (Solo con Médicos Staff en convenio)		**70% Prestadores GS1** **50% Prestadores GS2** **40% Prestadores GS3** **30% Prestadores GS4**	**Sin Tope**	**Sin Tope**
					500 UF
Quimioterapia				60 UF por Ciclo	600 UF
Procedimientos			**50%**	1,4 AC	**Sin Tope**
Honorarios Médico Quirúrgicos				8 AC	
Visita por Médico Tratante Visita por Médico Interconsultor				0,64 UF	
Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis	Sólo Cobertura Libre Elección			4 AC	28 UF
Traslados Médicos				2 AC	2,3 UF
AMBULATORIAS					
Consulta Médica, Psiquiátrica y/o Psicológica Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (**)	**70% sin tope en**: Centros Médicos RedSalud e Integramédica (Solo con Médicos Staff en convenio)			0,53 UF	**Sin Tope**
Procedimientos				1,65 AC	
Imagenología				1,09 AC	
Exámenes de Laboratorio				1,65 AC	
Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional Fonoaudiología	Sólo Cobertura Libre Elección		**70%**	2,15 AC	3,2 UF
Atención Integral de Enfermería Consulta y Teleconsulta integral de nutricionista					3,2 UF
Prótesis y Órtesis					8 UF
Radioterapia				3,5 AC	**Sin Tope**
Honorarios Médico Quirúrgicos	Igual a Cobertura Preferente Hospitalaria		**50%**	8 AC	
Pabellón Ambulatorio				1,5 AC	
Prestaciones Dentales (PAD) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD)	Sólo Cobertura Libre Elección		**100%**	1 AC	Ver Anexo (*)
Quimioterapia	Igual a Quimioterapia Hospitalaria				
PRESTACIONES RESTRINGIDAS					
Hospitalización Domiciliaria Cirugía Bariátrica Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	Sólo Cobertura Libre Elección		25% de la Cobertura General		
OTRAS COBERTURAS					
Lentes Ópticos	Sólo Cobertura Libre Elección		**70%**	0,5 UF	0,5 UF
Medicamentos e Insumos de Servicio de Urgencia			**60%**	1 UF	**Sin Tope**
Instrumental Robótico			**100%**	10 UF	
Box Ambulatorio	Igual a Pabellón Ambulatorio				
PAD para fertilidad	Sólo Cobertura Libre Elección		**100%**	1 AC	Ver Anexo (*)
Insumos y Anestésicos en Cirugía Ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor				
Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ	Igual a la cobertura nacional				
Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias	Igual a la cobertura nacional Libre Elección con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Clínica Dávila Recoleta				
Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención L				
Prestadores derivados	Cualquiera de las Clínicas no usadas				

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.
(**) VER NOTAS EXPLICATIVAS.

TIPO DE PLAN: **INDIVIDUAL:** X **GRUPAL:** **FUN Nº**

Precio Base UF **Cotización Legal** % **Tabla Nº** 23

TABLA DE FACTORES

TRAMO 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	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1,0
55 a menos de 65 años	2,0	1,4
65 años y más	2,4	2,2

Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que ellas cumplan los 2 años de edad.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL ARANCEL COLMENA **MODALIDAD DEL ARANCEL** PESOS

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO **MONTO** 7500

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

Firma Agente de Ventas
ISAPRE COLMENA

Nombre:
Rut:
Código:
Fecha:

Firma Cotizante

Nombre:
Rut:
Fecha:

Huella Digital

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: X GRUPAL: FUN Nº

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

I. Coberturas.

1. Coberturas Hospitalarias

a) Los prestadores nacionales para la atención de libre elección se han dividido en 4 grupos (GS1, GS2, GS3 y GS4). Algunos prestadores pueden aparecer en más de un grupo de acuerdo a la modalidad hospitalaria que se ocupe (institucional, habitación individual, habitación compartida). Los prestadores que no se encuentran expresamente nominados se considerarán dentro de GS4. Los grupos son:

GRUPOS DE PRESTADORES A NIVEL NACIONAL

NOMBRE PRESTADOR	CIUDAD
PRESTADORES GS1	
CLÍNICA PUERTO VARAS	PUERTO VARAS
CLÍNICA PUERTO MONTT	PUERTO MONTT
HOSPITAL DE LAS FFAA CIRUJANO GUZMÁN	PUNTA ARENAS
CLÍNICA DÁVILA RECOLETA	SANTIAGO
CLÍNICA DÁVILA VESPUCIO	SANTIAGO
CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO	SANTIAGO
CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA	SANTIAGO
Todos los Hospitales del SNS no incluidos en otros grupos	

NOMBRE PRESTADOR	CIUDAD
PRESTADORES GS2	
CLÍNICA REDSALUD MAYOR	TEMUCO
CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO	OSORNO
CLÍNICA ANDES SALUD PUERTO MONTT	PUERTO MONTT
CLÍNICA REDSALUD MAGALLANES	PUNTA ARENAS
CLÍNICA BUPA SANTIAGO	SANTIAGO
PRESTADORES GS3	
CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO	TEMUCO
CLÍNICA ALEMANA DE VALDIVIA	VALDIVIA
CLÍNICA INDISA	SANTIAGO
PRESTADORES GS4	
TODOS LOS NO INCLUIDOS EN OTROS GRUPOS	

b) Día cama: el plan bonifica, como máximo, la habitación individual con baño privado de menor valor del prestador. Cualquier diferencia por el uso de habitaciones superiores (suite, departamentos, otras) será de cargo del beneficiario.

c) Día cama transitorio: corresponde a la permanencia en el establecimiento asistencial por un periodo de más de 6 hrs y menos de 12, sin pernoctar.

d) Día cama observación: corresponde a la permanencia en el establecimiento asistencial, ocupando cama por un mínimo de 4 horas, sin pernoctar.

e) Kinesiología y Fisioterapia: se cubrirán exclusivamente prestaciones de este tipo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo, otorgadas por profesionales kinesiólogos o médicos fisiatras, por indicación de un médico tratante.

f) Materiales e insumos clínicos: considera los materiales e insumos de carácter desechable, utilizados durante la cirugía y/o en el periodo de permanencia bajo el régimen de hospitalización, que resultan necesarios para alcanzar los objetivos de la misma y que no se encuentren incluidos dentro del precio del día cama o derecho de pabellón. Se excluyen de cobertura: ropa de uso personal tales como calzones clínicos, medias elásticas, zapatillas de levantarse, etc.; pañales, kit de aseo, ropa de cama de cualquier tipo, insumos no desechables como termómetros, vendas, fajas, mantas térmicas, bolsas de frío-calor, etc. No corresponden a este rubro las prótesis, órtesis o elementos de osteosíntesis, estén o no incluidos en el Arancel de Prestaciones de la Isapre como tales.

g) Medicamentos: la cobertura de medicamentos hospitalarios aplica a todos aquellos necesarios y utilizados para el tratamiento de las patologías que determinaron la hospitalización y sus eventuales complicaciones, administrados al paciente durante la misma y siempre que estén registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP) con fines curativos (los medicamentos con fines de investigación y experimentación no tendrán cobertura).

h) Procedimientos: se incluyen en este rubro los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano. Además se incluyen los procedimientos de medicina transfusional llevados a cabo por tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

i) Honorarios médico quirúrgicos: corresponde a la cobertura de los honorarios de la totalidad del equipo médico participante en la cirugía (cirujano, médicos ayudantes, anestesista y arsenalera). Esta cobertura incluye la visita pre-anestésica, las acciones efectuadas en el pabellón quirúrgico y la atención postoperatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

j) Quimioterapia hospitalaria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer bajo régimen hospitalizado. Se incluyen los fármacos para quimioterapia (drogas antineoplásicas), terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de la tirosin kinasa, que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Asimismo, se incluyen todos los insumos utilizados durante la administración de fármacos oncológicos, incorporándose, además, los fármacos para la profilaxis primaria y medicamentos antieméticos en las quimioterapias de riesgo alto e intermedio.
El tope de bonificación es por ciclo, donde un ciclo corresponde al período de administración del medicamento y el de descanso, hasta la siguiente administración. Sólo en el caso de tratamientos de inhibidores de tirosin kinasa el tope es trimestral. La cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento se determinará por el médico tratante.
Para poder tener derecho a la cobertura de las prestaciones incluidas en los tratamientos de quimioterapia, el beneficiario debe contar con la respectiva orden médica, entregada por el especialista oncólogo u hemato-oncólogo.

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: X GRUPAL: FUN Nº

2. Coberturas Ambulatorias

a) Atención integral de enfermería: corresponde a la atención en Centros de Enfermería del Adulto Mayor o en domicilio, efectuada por una Enfermera Universitaria, a pacientes mayores de 55 años o pacientes postrados, enfermos en condición terminal, pacientes oncológicos, portadores de secuelas severas o pacientes post-operados.

b) Todo beneficiario tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista en la forma dispuesta en el plan.
Consulta y teleconsulta de atención integral de nutricionista (por sesión): La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

c) Pabellón ambulatorio: procede esta cobertura cuando se utiliza un pabellón o sala de procedimiento para llevar a cabo las prestaciones que en el Arancel Colmena se asocian a los guarismos o códigos adicionales 1 al 4.

d) Prestaciones dentales (PAD): Corresponde a un conjunto de prestaciones dentales agrupadas y estandarizadas, incluidas en el Arancel Colmena con los códigos 2503001 a 2503006. Tienen derecho a esta cobertura los beneficiarios que tengan entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Se aplicará la cobertura con el o los códigos que correspondan, de acuerdo al diagnóstico y a los tratamientos aplicados según lo informado explícitamente por el odontólogo tratante. En todo caso, cada beneficiario tiene derecho a cobertura de sólo uno de cada código, en un mismo año contrato.

Adicionalmente, se encuentra incluido en el Arancel Colmena el PAD “Atención Odontológica del Paciente Oncológico” con el código 2503007, que incluye prestaciones diagnósticas, preventivas y curativas, que el paciente oncológico podrá realizarse por cada tratamiento indicado por el equipo oncológico tratante y, previo al inicio del tratamiento oncológico. El beneficiario debe contar con la Orden Médica que certifique el diagnóstico oncológico para tener derecho a la cobertura de PAD. Este PAD es excluyente con los códigos PAD dental 2503001, 2503002 y 2503003.

La Isapre podrá definir entregar esta cobertura, exclusivamente a través de una red cerrada de prestadores dentales con los que haya convenido, en cuyo caso deberá informar a los beneficiarios por todos los medios de que disponga, tales como página web, correo electrónico y sucursales.

e) Quimioterapia ambulatoria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer de manera ambulatoria. Se incluyen los fármacos para quimioterapia (drogas antineoplásicas), terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de la tirosin kinasa, que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Asimismo, se incluyen todos los insumos utilizados durante la administración de fármacos oncológicos, incorporándose, además, los fármacos para la profilaxis primaria y medicamentos antieméticos en las quimioterapias de riesgo alto e intermedio.
El tope de bonificación es por ciclo, donde un ciclo corresponde al período de administración del medicamento y el de descanso, hasta la siguiente administración. Sólo en el caso de tratamientos de inhibidores de tirosin kinasa el tope es trimestral. La cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento se determinará por el médico tratante.
Para poder tener derecho a la cobertura de las prestaciones incluidas en los tratamientos de quimioterapia, el beneficiario debe contar con la respectiva orden médica, entregada por el especialista oncólogo u hemato-oncólogo.

f) Consulta Telemedicina: corresponde a una consulta a distancia, realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud en la respectiva especialidad, que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden actuar entre sí en tiempo real. Esta modalidad de atención sincrónica, requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles para sostenerla al mismo tiempo.
Sólo tendrán cobertura las consultas de telemedicina de las especialidades aranceladas por Fonasa, con los topes y porcentajes que se expresan en el anverso del Plan de Salud, manteniéndose las eventuales restricciones de cobertura que el Plan disponga. Durante la consulta de Telemedicina, podrá haber lugar a la notificación de un problema de salud GES.
Para el otorgamiento de la bonificación, la isapre podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención a través de una boleta o factura emitida por el prestador, en que conste expresamente el código de la consulta de Telemedicina realizada. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.

g)Terapia Ocupacional: Tendrán cobertura las prestaciones de terapia ocupacional en diversos contextos (ambulatorio, hospitalizado y domiciliario), realizadas por terapeutas ocupacionales que se encuentren inscritos en el registro nacional de prestadores individuales que mantiene la Superintendencia de Salud, y que hayan sido derivadas por médicos tratantes de las siguientes especialidades: fisiatría, geriatría, neurología de adultos o infantil, psiquiatría de adultos o infantil, traumatología, otorrinolaringología, cirugía plástica, oftalmología, oncología o cualquier otra especialidad médica relativa al área de rehabilitación física, neurológica o psiquiátrica.
Para obtener cobertura, se deberá presentar orden médica del médico tratante que indique el beneficiario, diagnóstico médico y la indicación del N° de sesiones necesarias, según el tratamiento de terapia ocupacional correspondiente.

h) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD): corresponde a una intervención profesional integral, inmediata y de seguimiento para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con y sin dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional, incluida en el Arancel Colmena bajo el código 2502020. Podrán acceder a este PAD de carácter integral, las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 0 y 6 meses de edad y podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud. La cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

i) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD): corresponde a la intervención integral nutricional para el manejo de la malnutrición infantil, incluida en el Arancel Colmena bajo el código 2502051. Podrán acceder a este PAD de carácter integral, las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 7 y 72 meses de edad y podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud. La cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

3. Prestaciones con Cobertura Restringida

Son aquellas prestaciones respecto de las cuales no se aplica la cobertura preferente ni la establecida para la modalidad libre elección, sino aquella expresamente indicada en el plan de salud.

a) Hospitalización domiciliaria: esta prestación será bonificada sólo cuando la atención prestada en el domicilio sea equivalente a la que el paciente recibiría en una clínica u hospital, dada la condición de salud del mismo y, por lo tanto, esta modalidad de atención corresponda a una sustitución de una hospitalización tradicional. Para calificarla como tal, deberían considerarse los siguientes factores de manera copulativa:

a. El paciente debe estar cursando una enfermedad aguda o la reagudización de una patología crónica.
b. Existencia de una prescripción o indicación médica.
c. Control médico periódico, debidamente acreditado con los documentos clínicos que correspondan, y
d. Asistencia y atención equivalente a la que habría recibido el paciente de haberse encontrado en un centro asistencial.

No constituye hospitalización domiciliaria la atención particular de enfermería recibida por un enfermo en el domicilio.

b) Cirugía bariátrica: esta cobertura aplica a la totalidad de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias con ocasión de una cirugía bariátrica, vale decir una cirugía para el tratamiento del sobrepeso u obesidad, tenga o no patología asociada.

c) Cirugía fotorrefractiva o fototerapéutica: esta cobertura aplica a honorarios médico quirúrgicos, derecho de pabellón, medicamentos, insumos y materiales clínicos necesarios para la corrección de vicios de refracción, por cualquier técnica.

4. Otras Coberturas

a) Lentes ópticos: se dará cobertura a lentes permanentes (no desechables) con corrección dióptrica recetados por un médico oftalmólogo. Sólo los lentes para corregir la Presbicia no requieren receta médica.

b) Instrumental robótico: corresponde al instrumental e insumos especiales, habitualmente identificados como tales por el prestador, utilizados con ocasión de la cirugía robótica en aquellos centros clínicos que cuentan con dicho equipo médico.

c) Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria: corresponde a la cobertura de los materiales, insumos clínicos y medicamentos anestésicos utilizados durante una cirugía ambulatoria con código adicional de pabellón 1 a 4.

d) PAD para fertilidad: corresponde a un conjunto de prestaciones agrupadas y estandarizadas, incluidas en el Arancel Colmena, del cual tendrán derecho a cobertura aquellos beneficiarios que cumplan con los criterios establecidos en las normas técnico administrativas para el tratamiento de fertilidad de baja y alta complejidad dictadas por el MINSAL:

1. Fertilización asistida de baja complejidad (códigos 2502009 y 2502010).
La cobertura financiera mediante estos PAD, incluye la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial. Las prestaciones que están individualmente aranceladas se cursarán bajo su código respectivo, el resto de prestaciones cobradas, que no se encuentren en el arancel, se liquidarán bajo el código correspondiente a cada PAD.
La frecuencia máxima para el tratamiento de baja complejidad, en el año calendario, es de 3 prestaciones para hombre (2502009) y 3 prestaciones para mujer (2502010).

2. Fertilización Asistida de Alta Complejidad (FAAC) (códigos 2502011 a 2502018).
La cobertura financiera mediante estos 8 PAD, incluye la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con Fertilización In Vitro (FIV) o Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI). Cada uno de estos PAD conforma una prestación en sí misma.

Se aplicará la cobertura con él o los códigos que correspondan, de acuerdo al diagnóstico y a los tratamientos aplicados según lo informado explícitamente por el médico tratante. Además, las prestaciones que están individualmente aranceladas se cursarán bajo su código respectivo, el resto de prestaciones cobradas, que no se encuentren en el arancel, se liquidarán bajo el código correspondiente a cada PAD.

Para acceder a la cobertura financiera de estos PAD, la pareja o la beneficiaria deberán presentar los gastos efectuados, acompañados de una Solicitud de Tratamiento (ST), emitida por el médico tratante, que cuente con diagnóstico previo de infertilidad y que además cumpla con las indicaciones de procedimientos de fertilización asistida definidas en la “Guía para el Estudio de Tratamiento de la Infertilidad” del MINSAL y, como máximo, tendrán cobertura 2 intentos completos.

e) La cobertura internacional operará por la vía del reembolso de las prestaciones efectuadas fuera de Chile, previa presentación de la documentación que acredite su pago y la correspondiente autorización de la Contraloría Médica de la Isapre. Para ello se deben presentar boletas o facturas originales, acompañados del listado detallado de las prestaciones otorgadas e informe médico con diagnóstico y tratamiento efectuado, ambos documentos en original y debidamente traducidos, si no fuesen originalmente en español o inglés. La bonificación se otorgará en moneda nacional, con el tipo de cambio vigente al último día del mes anterior a la fecha de bonificación.

f) Una vez alcanzado el tope de bonificación anual, señalado en determinadas prestaciones, la Isapre continuará bonificando a lo menos un 25% de la cobertura determinada para esa prestación. En ninguna circunstancia el plan bonificará menos que el 25% de la cobertura general para la prestación genérica o la cobertura del Fonasa en su modalidad de Libre Elección, el que sea mayor.

g) Box ambulatorio: corresponde a la utilización de cualquier acomodación dentro de un establecimiento Clínico (cama, sillon, camilla, etc.) en

forma transitoria (1 a 4 horas) con fines de diagnostico y/o tratamiento.

II. Definiciones

a) A.C.: Corresponde al Arancel Colmena. El número que lo antecede es el factor multiplicador de dicho arancel para cada prestación.
b) U.F.: Abreviación de unidad de fomento.

III. Condiciones y Características de la Oferta Preferente del Plan

a) La cobertura preferente aplicará exclusivamente para aquellas prestaciones que formen parte de la capacidad técnica del prestador preferente elegido y no se extenderá a aquellas que por la falta de tal capacidad, sean otorgadas por prestadores distintos a los de la oferta preferente o prestadores derivados.

b) Los prestadores preferentes hospitalarios del plan serán exclusivamente Clínica Dávila Recoleta, Clínica Dávila Vespucio, Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Providencia, Clínica BUPA Santiago, en Habitación Individual. La bonificación preferente al día cama tendrá como tope máximo la que corresponda al día cama individual estándar, es decir, a la habitación individual con baño privado de menor precio del prestador. Cualquier diferencia por el uso de habitaciones superiores (suite, departamentos, otras) será de cargo del beneficiario.

c) Los honorarios médico quirúrgicos y las prestaciones ambulatorias y hospitalarias tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas en los centros de atención ambulatoria y hospitalaria de Clínica Dávila Recoleta, Clínica Dávila Vespucio, Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Providencia, Clínica BUPA Santiago, por los médicos en convenio de atención preferente suscrito entre la Isapre y dichas instituciones.
Las prestaciones ambulatorias además tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas en los Centros Médicos RedSalud (se excluye Centro Médico RedSalud Arauco) y en los Centros Médicos Integramédica, por los médicos en convenio de atención preferente suscrito entre la Isapre y dichas instituciones.
El listado actualizado de médicos y especialidades se encontrará a disposición de los beneficiarios tanto en los centros de atención como en la página web de la Isapre.

d) Se excluyen de la cobertura preferente todas las prestaciones en que se señala explícitamente dicha exclusión en la carátula del plan de salud. Para estas prestaciones aplica la cobertura en modalidad libre elección.

e) La cobertura preferente definida en este plan operará sólo bajo la modalidad de pago con Orden de Atención o Bono, ya sea emitido en una sucursal, pagina web, app de la Isapre o en el prestador a través de bono electrónico.

f) Para acceder a las prestaciones en el prestador preferente se han definido los siguientes Tiempos de Espera Máximos:

Tipo de Prestación	Tiempo de Espera Máximo
Consulta médica	15 días
Exámenes	7 días
Procedimientos	15 días
Intervenciones Quirúrgicas	15 días

Los tiempos de espera máximos definidos en el recuadro se contabilizan a partir del día en que el afilado informa a la Isapre de que, habiendo solicitado la prestación específica en el prestador, no obtuvo una cita para recibir la prestación dentro del periodo máximo especificado. La Isapre podrá gestionar y concretar, efectivamente, una hora de atención para el afiliado, con el mismo prestador, en cuyo caso no se configurará una insuficiencia.

g) Se configura una insuficiencia del prestador preferente cuando éste se encuentra imposibilitado temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente dentro de los tiempos de espera máximos definidos, en cuyo caso le asiste al cotizante el derecho de solicitar a la Isapre su derivación al prestador derivado, manteniendo el monto que le habría correspondido copagar de haberse atendido en el prestador que dio origen a dicha derivación. Dicha solicitud, el beneficiario o un representante del mismo, pueden efectuarla directamente en alguna sucursal de la Isapre, a través de la página web de la misma o llamando al Golden Phone (2 3322 3000).

h) Derecho a Traslado: Al afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto al de la oferta preferente, le asiste el derecho a ser trasladado al prestador preferente y, a la Isapre le asiste el derecho a trasladar al paciente a dicho prestador. En ambos casos es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante. Obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado, ello sin perjuicio del derecho del afiliado a permanecer en el prestador en el que se encuentre, en cuyo caso continuará obteniendo la cobertura definida en el plan, para la modalidad de libre elección. Los gastos ocasionados por las atenciones de emergencia desde el ingreso del paciente hasta el traslado al prestador preferente serán cubiertos por la Isapre de acuerdo a la modalidad de libre elección definida en el plan para ese prestador específico. De igual modo, los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el plan de salud. Para solicitar el traslado, el afiliado debe comunicarse, en horario hábil con el Golden Phone (2 3322 3000) y, en horario inhábil, con el servicio de orientación médica telefónica Colmena Doctor (800 633 444).

i) Segunda opinión médica: le asiste al beneficiario el derecho a solicitar una segunda opinión médica respecto de las decisiones que emanen del médico tratante. En caso que la segunda opinión médica sea obtenida en un prestador diferente al individualizado en el plan la Isapre garantizará que esta sea debidamente considerada por el prestador preferente. Si como consecuencia del ejercicio de este derecho se produce una divergencia de opiniones médicas, le asiste al beneficiario el derecho a requerir del Director Médico o del Jefe de Servicio, en un plazo máximo de 30 días, un pronun-

ciamiento escrito, donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.

j) En caso de producirse la modificación o término del convenio con el prestador preferente del plan de salud, la Isapre podrá realizar los ajustes derivados de tal eventualidad, adecuando el plan en las respectivas anualidades de los contratos de salud, mediante el envío de una "Comunicación de Adecuación" que informará el término o modificación del respectivo convenio, las adecuaciones propuestas para el plan vigente y plan alternativo a éste, en la forma dispuesta en la normativa vigente. El término del convenio entre la Isapre y alguno de los prestadores preferentes o cualquier modificación que estos le introduzcan no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, les corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta el mes de la anualidad que corresponda.

k) Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 197 del D.F.L. N° 1, la Isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las siguientes situaciones:

1) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.
2) Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:
i) 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.
ii) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la Isapre prevista en el artículo 189 letra C.- número 2.- del D.F.L. N° 1. La oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

l) Si durante la vigencia de este plan terminase la existencia legal de alguno de los prestadores preferentes, o éstos experimentaren una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura, o una paralización permanente de sus actividades o una sustitución de la especialidad médica a que estaban orientados al momento de celebrarse el contrato, la Isapre comunicará por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes, junto con las alternativas de planes que dispone para ellos.

IV. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

a) Para el cálculo de los topes en unidades de fomento, así como de los copagos fijos, si correspondiese, se utilizará el valor que la Unidad de Fomento tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
b) Para el pago de la cotización el valor de conversión que se utilizará será el que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

V. Reajuste del Arancel de Prestaciones

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en el arancel Colmena será reajustado el 1 de marzo de cada año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes enero y diciembre del año inmediatamente anterior, ambos inclusive.