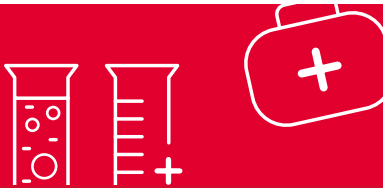


# Plan Full



## ¿QUÉ ES UN PLAN FULL?

ES UN PLAN QUE CUBRE TODAS LAS ATENCIONES DE SALUD REALIZADAS POR CLÍNICA DÁVILA Y CLÍNICA VESPUCIO, ESTÉN O NO CODIFICADAS POR FONASA.



EN ATENCIONES  
HOSPITALARIAS

**70% DE COBERTURA REAL**  
en Clínica Dávila y Clínica Vespucio.



EN ATENCIONES  
AMBULATORIAS





**60% DE COBERTURA REAL**  
en Vidaintegra, Clínica Dávila y Clínica Vespucio



EN ATENCIONES DE URGENCIA  
**COPAGOS FIJOS** en  
Clínica Dávila – Clínica Vespucio

	COPAGO FIJO URGENCIA SIMPLE	COPAGO FIJO URGENCIA COMPLEJA
Urgencia Adulto	1,0 UF	3,5 UF
Urgencia Pediátrica	0,95 UF	1,7 UF
Urgencia Maternidad	1,5 UF	3,5 UF

## ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A UN PLAN FULL?

	<b>Cobertura Full</b>	Para todas las atenciones médicas que realiza Clínica Dávila y Clínica Vespucio, tales como: medicina robótica, cirugías oncológicas, tratamientos contra el cáncer, trasplantes, cirugías cardíacas, implantes cocleares, exámenes de laboratorio complejos, entre otras.
	<b>Copagos Conocidos en Urgencia</b>	Cubre todas las prestaciones médicas de la urgencia, incluidos los materiales y medicamentos.
	<b>Atención Preferencial</b>	Línea telefónica preferente, agendamiento de horas y atención prioritaria en exámenes de laboratorio e imagenología. <b>LÍNEA PREFERENTE</b>  <b>22 913 1200</b>

## ¿CÓMO FUNCIONA UN PLAN FULL VIDA?

1

Este plan funciona mejor cuando **todas tus atenciones médicas son en Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Centros Médicos VidaIntegra**, ya que solo ahí obtienes una cobertura idéntica a la que aparece en el plan. Si decides atenderte en otra clínica o centro médico, tu cobertura será más baja.

2

**Si tienes una urgencia**, cuentas con un copago fijo y conocido que incluye todas las atenciones médicas que te realicen en la urgencia. Este copago dependerá de tu edad y los exámenes que te debas realizar, clasificándose como "simple" o "complejo". Por ejemplo, si te hacen un scanner, la urgencia se clasificará como "compleja".

## ¿QUÉ ATENCIONES TIENEN UNA BAJA COBERTURA?

- Cirugías de presbicia, bariátrica, refractiva y metabólica.
- Hospitalizaciones, consultas y tratamientos de psicología y psiquiatría.
- Atenciones fuera de Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Centros Médicos VidaIntegra.

Contáctanos de  
manera simple y rápida



Plan Full

Full Vida A2/2106. BFBV2106A2

Tipo de Plan: Individual☒ Grupal☐

Línea Clásico

Plan de salud complementario modalidad prestador preferente

FUN N°

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE			LIBRE ELECCIÓN		
	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario
	%	Tope		%	Tope	

HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Día Cama Sala Cuna Incubadora Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario Día Cama Transitorio u Observación Exámenes de Laboratorio e imagenología Derecho Pabellón Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2) Medicamentos (1.4) (1.10) Materiales Clínicos (1.4) (1.10) Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis Quimioterapia (1.6) Visita por Médico Tratante e Interconsultor Traslados (5.4)	<b>70% Sin Tope</b> Habitación Individual Simple en: <b>Clínica Dávila</b> <b>Clínica Vespucio</b> (Sólo con Médicos Staff) (Sólo con bonos)	Sin Tope	<b>60%</b>	3,5 UF 1,6 UF 4 UF 10,1 UF 4 UF  4,0 V.A.  28 UF 22 UF 8 UF 12 UF 0,42 UF 1,4 UF	Sin Tope    44 UF 16 UF 120 UF  Sin Tope
		3 UF			

AMBULATORIAS

Consulta Médica Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (1.14)** Exámenes de Laboratorio e imagenología Derecho Pabellón Ambulatorio Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2) Radioterapia Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional Fonoaudiología Prótesis y Órtesis (1.5) Consulta y Atención Integral de Enfermería y Nutricionista Prestaciones Dentales (PAD) (1.13) Clínica de Lactancia (O a 6 meses de edad) (PAD) (1.13) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) (1.13) Quimioterapia (1.6)	<b>60% Sin Tope</b> <b>Vidaintegra</b> <b>Clínica Dávila</b> <b>Clínica Vespucio</b> (Sólo con bonos)	Sin Tope	<b>60%</b>	0,35 UF   3,5 V.A.  12 UF	Sin Tope   2 UF 2 UF 5,5 UF 0,7 UF 0,7 UF 0,7 UF 0,7 UF
		3 UF 3 UF 5,5 UF 1,2 UF 1,2 UF 1,2 UF 1,2 UF Sin Tope			120 UF

<b>ATENCIONES DE URGENCIA INTEGRAL (1.11)</b>  Urgencia Adulto Urgencia Pediátrica Urgencia Maternidad	<b>Clínica Dávila – Clínica Vespucio</b> Copago Fijo Urgencia Simple 1,0 UF 0,95 UF 1,5 UF Copago Fijo Urgencia Compleja 3,5 UF 1,7 UF 3,5 UF	Sin Tope
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad, Cirugía Refractiva y Cirugía Metabólica (1.7)	<b>40% Sin Tope</b> <b>Clínica Dávila, Clínica Vespucio</b>	Sin Tope	25% de la cobertura genérica		Sin Tope
Consulta de Telemedicina de Psiquiatría (1.7)** Consulta, Tratamiento Psiquiatría y Psicología	<b>30% Sin Tope</b> <b>Clínica Dávila, Clínica Vespucio, VidaIntegra</b>		<b>30%</b>	0,35 UF	2,5 UF

OTRAS PRESTACIONES

Marcos y Cristales Ópticos (1.8) Medicamentos Tratamiento Esclerosis Múltiple (1.9) (1.10) Cobertura Internacional (1.12)	<b>Sólo Cobertura Libre Elección</b>	<b>70%</b>	0,8 UF 18 UF 33 UF	0,8 UF 210 UF 33 UF
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	------------	--------------------------	---------------------------

PRESTADORES DERIVADOS HOSPITALARIOS (5.1)	<b>Clínica Dávila, Clínica Vespucio</b>
PRESTADORES DERIVADOS AMBULATORIOS (5.1)	<b>Clínica Dávila, Clínica Vespucio, VidaIntegra</b>

(\*) 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 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 VS1

Modalidad del Arancel \$

Tope General Anual por Beneficiario 4.500 UF

Firma representante Isapre

Firma de Afiliado

Nombre:   
Rut:   
Fecha:

Nombre:   
Rut:   
Fecha:

Huella dactilar Afiliado

Arancel VS1:

El presente plan **Full Vida A2/2106** otorga la cobertura detallada en este plan de salud complementario para todas las prestaciones comprendidas en el Arancel VS1, que incluye todas las prestaciones que realiza Clínica Dávila – Clínica Vespucio, entre ellas se destacan:

- Cirugía Robótica
- Cirugía Oncológica
- Trasplante de Pulmón y Páncreas
- Cirugías con Técnica Endovascular
- Implante coclear
- Exámenes de Laboratorio Complejos
- Exámenes de Intolerancia
- Exámenes de Infertilidad

Para mayor información, consultar el listado de prestaciones médica incluidas publicado en la página web [www.banmedica.cl](http://www.banmedica.cl)

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 copulativamente las siguientes circunstancias:
- a) La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate, el cual debe formar parte de médicos staff de Clínica Dávila o Clínica Vespucio, en convenio con la Isapre, y que;
  - b) El prestador haya facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme al arancel vigente en la Isapre.
- Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria, de acuerdo a las condiciones establecidas en el plan de salud.
- La cobertura hospitalaria de libre elección se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes de bonificación, y montos máximos indicados en el plan complementario de salud.
- 1.2) La cobertura preferente se realizará únicamente a través de la presentación de bonos en el prestador indicado en el plan de salud (Clínica Dávila, Clínica Vespucio o Vidaintegra).
- La oferta preferente hospitalaria** comprende sólo las prestaciones contenidas en el arancel **VS1**.
- La oferta preferente, tanto ambulatoria como hospitalaria, dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en el prestador preferente indicado en el plan de salud (Clínica Dávila, Clínica Vespucio o Vidaintegra). 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 preferente, el beneficiario deberá dar aviso a la Isapre, de acuerdo a lo señalado en el punto 5.1 de estas notas explicativas.
- La bonificación de los Honorarios Médicos Quirúrgicos de la oferta preferente se efectuará de acuerdo al porcentaje establecido en el plan de salud y será sin tope, cuando las prestaciones hayan sido otorgadas por médicos staff del prestador preferente (Clínica Dávila o Clínica Vespucio), en convenio con la Isapre y mediante la utilización de bonos. En caso de no cumplirse las referidas condiciones, se bonificará de acuerdo a los topes indicados en la cobertura libre elección del plan de salud, para ese ítem.
- 1.3) En caso de **urgencia hospitalaria** con o sin riesgo vital o secuela funcional grave, para tener acceso a la cobertura preferente deberá acudir al prestador indicado en el Plan de Salud (Clínica Dávila o Clínica Vespucio). En caso de no poder dirigirse al prestador indicado en la cobertura preferente, se deberá acudir a cualquier servicio de urgencia y dar aviso a la Isapre, personalmente o por medio de familiar u otro, dentro de las 48 horas siguientes al evento. Si el plazo de 48 horas se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente.
- Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, el beneficiario debe ingresar efectivamente al prestador preferente y en el tipo de habitación que indica el cuadro de beneficios de la oferta preferente, fecha a contar de la cual tendrá acceso a esta cobertura. Tanto el beneficiario como la Isapre están facultados para solicitar el traslado del paciente hospitalizado al prestador preferente cuando su estado de salud lo permita. En todo caso, la cobertura en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre por libre elección. Por su parte, los gastos de traslado tendrán cobertura preferente únicamente cuando se realicen desde o hacia el prestador preferente del Plan de Salud.
- 1.4) Se procederá a la bonificación de los **Medicamentos, Materiales e Insumos 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. Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos y materiales clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios. Sin perjuicio de lo anterior, en el caso específico de las **drogas antineoplásicas** para el tratamiento del cáncer, estas se bonificarán únicamente de acuerdo a los porcentajes y topes específicos establecidos para el ítem "Quimioterapia" indicado en el plan de salud complementario.
- 1.5) En el caso de los **audífonos**, sólo se contempla cobertura respecto de las personas mayores de 55 años, de acuerdo al arancel VS1.
- 1.6) La cobertura preferente respecto de la **Quimioterapia** incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, 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.
- 1.7) La Isapre otorgará cobertura preferente respecto de las Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica, en caso que sean realizadas al paciente en Clínica Dávila o Clínica Vespucio. En caso de insuficiencia física o técnica del prestador para alguna de estas prestaciones se aplica lo establecido en el punto 5.1 de la presente nota explicativa.
- En caso de no acudir al prestador preferente, la Isapre otorgará cobertura restringida de acuerdo a la modalidad libre elección respecto de las prestaciones hospitalarias señaladas en el párrafo anterior, la cual corresponderá al mayor valor entre el 25% de la cobertura del plan de salud para la prestación genérica correspondiente y la cobertura financiera mínima que establece el Arancel Fonasa modalidad libre elección.
- Asimismo, la Isapre otorgará cobertura preferente respecto de la consulta, tratamiento de psiquiatría y psicología y consulta de Telemedicina de Psiquiatría realizadas al paciente en Clínica Dávila, Clínica Vespucio o Vidaintegra. En caso de no acudir al prestador preferente, la Isapre otorgará, respecto de las prestaciones señaladas anteriormente, cobertura de acuerdo al porcentaje y tope establecido para la modalidad de Libre Elección, de acuerdo al del plan de salud.
- 1.8) 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 los mayores de 40 años.
- 1.9) Los medicamentos asociados al tratamiento de **esclerosis múltiple remitente recurrente**, sólo tendrán bonificación de acuerdo a la modalidad libre elección, conforme al arancel Fonasa modalidad libre elección y la cobertura se otorgará sólo contra presentación de programa médico.
- 1.10) Todos los medicamentos, materiales clínicos e insumos, incluidas las drogas antineoplásicas y los medicamentos para el tratamiento de la esclerosis múltiple, se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren **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/o experimentación.
- 1.11) En caso de Urgencia Ambulatoria en el Prestador Preferente Clínica Dávila o Clínica Vespucio, se otorgará cobertura de acuerdo al copago fijo establecido en el plan de salud, según se trate de una Urgencia Adulto o Pediátrica, 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 sean realizadas al beneficiario. El copago fijo 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, según corresponda. Si el afiliado acude a un prestador distinto de Clínica Dávila o Clínica Vespucio, la cobertura será la indicada para las prestaciones ambulatorias en modalidad de Libre Elección, de acuerdo al plan de salud.
- Se deja constancia que si el beneficiario, producto de la atención de urgencia, debe ser hospitalizado por indicación médica en el prestador preferente, 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.

Se considerará como compleja la atención de urgencia ambulatoria, si al paciente se le realiza una resonancia, tac o 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	Nasofaringolaringofibroscofia
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 párpados, 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	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)
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 sacrocóxigeo, drenaje
1870025	Instalación sonda nasointestinal
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, ureteroplastia, 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, platisos, 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)

- 1.12) 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. 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 esta al último día del mes anterior a la fecha de la bonificación.
- 1.13) Los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) tendrán bonificación tanto en modalidad preferente como de libre elección, 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 sólo a los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años, 11 meses, 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.  
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.
- 1.14) ) Solo tendrá cobertura las consultas médicas de telemedicina de las especialidades de Dermatología, Geriatria, Endocrinología, Neurología, Diabetología y Nefrología. En el caso de la especialidad de neurología, la consulta de telemedicina sólo aplica respecto del seguimiento y control del paciente, no así como primera consulta. Respecto de la consulta de telemedicina en especialidad Psiquiatria aplicará lo dispuesto en la nota 1.7.

2. DEFINICIONES

**V.A.:** Número de veces el valor asignado a cada prestación en el arancel señalado al reverso del plan de salud.  
**UF.:** Unidad de Fomento.



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

**Médico Staff:** Médico Staff es el médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la Oferta Preferente y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre.

**Tope:** Los topes de bonificación se expresan en Unidades de Fomento (UF) o en veces arancel (V.A.). Corresponde al máximo de cobertura del plan complementario de salud, por beneficiario, el cual se determina por evento médico sobre el valor factura o boleta, aplicando el porcentaje o el tope de bonificación, cuando corresponda.

**Tope Máximo año contrato por beneficiario:** son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones de que se trate, por libre elección y por la oferta preferente. 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.

**El tope general anual por beneficiario** es único y comprende todas las bonificaciones otorgadas por la Isapre, tanto por libre elección y por oferta preferente, en el periodo anual de vigencia de beneficios. Alcanzado este tope general anual, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley.

**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 o técnica a otro prestador, habiéndose producido una interrupción en la primera hospitalización, considerándose para todos los efectos una misma hospitalización.

**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.

**Urgencia Compleja:** El evento de urgencia se considera complejo si es que presenta una resonancia, tac o alguno los códigos detallados en el punto 1.11 de la presente nota explicativa.

**Urgencia Simple:** Corresponde a las atenciones de urgencia que no consideren los grupos y códigos detallados en la definición anterior.

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

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

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

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

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

- 3.1) Los topes en UF indicados en las columnas Topes de Bonificación y Montos Máximos Usuario/Año, se calcularán de acuerdo al valor que tenga la UF el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
- 3.2) El valor de la UF para el pago de la cotización que se utilizará 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 1º de Enero y 31 de diciembre del año anterior. Para el caso que desaparezca o reemplace dicho índice, se sustituirá por el que la autoridad competente disponga en lugar de aquél.

5. NOTAS EXPLICATIVAS PARA LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE.

- 5.1) Cuando se configura una insuficiencia de todos los prestadores indicados en la oferta preferente, es decir que se encuentra imposibilitado de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente, el beneficiario o familiar deberá solicitar a la Isapre la derivación a algún prestador indicado en la columna Prestadores Derivados o al que indique la Isapre. La solicitud de derivación podrá realizarse al Call Center de la Isapre y el beneficiario deberá solicitar al prestador un certificado que acredite la insuficiencia específica. El monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haberse mantenido en el prestador preferente.
- 5.2) **Atención de Urgencia Ambulatoria en prestador preferente:** El beneficiario deberá dirigirse a Clínica Dávila o Clínica Vespucio para tener acceso a la cobertura preferente de acuerdo a su Plan de Salud. Esta cobertura rige sólo con la presentación de bonos. En caso que Clínica Dávila o Clínica Vespucio no tenga disponibilidad física o se encuentre imposibilitada de otorgar algunas de las prestaciones contempladas en este ítem, el beneficiario podrá dirigirse al prestador derivado indicado en el plan. Si el afiliado acude a un prestador distinto a Clínica Dávila o Clínica Vespucio, la cobertura será la indicada para **prestaciones ambulatorias** en modalidad de Libre Elección del plan de salud.
- 5.3) **Tiempos de espera:**

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA EN DÍAS CORRIDOS EN LOS PRESTADORES IDENTIFICADOS EN LA COBERTURA PREFERENTE  
(mientras sea médicamente aconsejable)

PRESTACIÓN	Nº 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 al día en que el paciente solicite la prestación. En el caso que un prestador no pueda cumplir con los tiempos máximos de espera, el paciente será derivado a otro prestador por la Isapre.

- 5.4) La bonificación para **traslados** regirá solo para **traslados** solicitados por el médico tratante y originados por hospitalizaciones, y su pago deberá ser autorizado siempre y en forma previa por la contraloría médica de la Isapre, salvo casos de urgencia. Esta bonificación incluye y se extiende solamente al paciente y no a eventuales acompañantes.

- 5.5) **Segunda Opinión Médica:** Esta se podrá obtener con otro profesional del mismo prestador preferente, un profesional de otro prestador preferente y, si no hubiera un prestador preferente distinto, con un profesional del o los prestadores derivados.
- 5.6) **Opiniones Médicas Divergentes:** 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 preferente del plan de Salud, en un plazo máximo de 30 días, un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.
- 5.7) Si durante la vigencia de este plan se produjera el termino o modificación del convenio con el prestador preferente, 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 preferente con dicho prestador. En este caso, la Isapre efectuará todas las gestiones que correspondan de acuerdo a la normativa vigente.
- 5.8) **Reglas especiales sobre modificación de contrato**
- En caso que el afiliado modifique su domicilio acreditando que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios al prestador individualizado en el plan, 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 si éste es requerido por el afiliado fundamentándose en algunas de estas circunstancias. Dicha oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud entre los 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.
  - A falta de derivación por parte de la Isapre, el beneficiario deberá dirigirse a algunos de los prestadores preferentes o derivados establecidos en su Plan de Salud. En caso de necesitarlo, el beneficiario puede revisar su plan de salud en el sitio privado de la página web de la Isapre. 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 preferente.
  - En caso que el afiliado solicite derivación por insuficiencia 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 preferente incluido en su plan de salud.
  - En caso que el prestador derivado no otorgue atención efectiva y oportuna al beneficiario, la Isapre derivará al beneficiario a un nuevo prestador, donde el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haber sido derivado a un prestador preferente incluido en su plan de salud.

Contáctanos de  
manera simple y rápida



app móvil



banmedica.cl



600 600 3600



sucursales