

Plan Total



¿QUÉ ES UN PLAN TOTAL?

Este plan cubre todas las atenciones médicas realizadas por la red compuesta por Clínica Dávila, Clínica Vespucio y los Centros Médicos Vidaintegra, estén o no codificadas por Fonasa.



EN ATENCIONES
HOSPITALARIAS

80% DE COBERTURA REAL

en Clínica Dávila, Clínica Vespucio



EN ATENCIONES
AMBULATORIAS

80% DE COBERTURA REAL

en Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Vidaintegra



EN ATENCIONES DE URGENCIA

COPAGOS FIJOS en Clínica Dávila y Clínica Vespucio.

| | COPAGO FIJO URGENCIA SIMPLE | COPAGO FIJO URGENCIA COMPLEJA |
|---------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Urgencia Adulto | 0,97 UF | 3,0 UF |
| Urgencia Pediátrica | 0,88 UF | 1,63 UF |
| Urgencia Maternidad | 1,0 UF | 2,4 UF |

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A UN PLAN TOTAL?

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| | Cobertura | Para todas las atenciones médicas que realiza la red compuesta por Clínica Dávila, Clínica Vespucio y los Centros Médicos Vidaintegra, tales como: cirugías oncológicas, tratamientos contra el cáncer, trasplantes, cirugías cardíacas, implantes cocleares, exámenes de laboratorio complejos, kinesiología, fonoaudiología y fisioterapia, entre otras. |
| | Enfermedades Catastróficas | Seguro catastrófico que cubre el 100% de los copagos una vez completado el deducible. |
| | Copagos Conocidos en Urgencia | Copagos conocidos y cobertura para todas las prestaciones médicas de la urgencia, incluidos los materiales y medicamentos. |
| | Atención Preferencial | Atención prioritaria en exámenes de laboratorio e imagenología en Clínica Dávila, Clínica Vespucio y los Centros Médicos Vidaintegra. |

¿CÓMO FUNCIONA UN PLAN TOTAL?

1

Este plan te ofrece cobertura cuando las atenciones son realizadas en Clínica Dávila, Clínica Vespucio o en los Centros Médicos Vidaintegra, ya que solo en esos lugares aplicará una cobertura idéntica a la que aparece en el plan. Si decides atenderte en otra clínica o centro médico, **no tendrás cobertura**.

2

En caso de urgencia fuera de la Región Metropolitana, la cobertura será la misma del plan de salud, siempre y cuando sean atenciones de urgencia u hospitalizaciones derivadas de urgencia (excluye atenciones ambulatorias y cirugías electivas).

¿QUÉ ATENCIONES TIENEN BAJA COBERTURA?

- Cirugías de presbicia, bariátrica, refractiva y metabólica.
- Hospitalizaciones, consultas y tratamientos de psicología y psiquiatría.

¿QUÉ ATENCIONES NO TIENEN COBERTURA?

- Atenciones realizadas fuera de Clínica Dávila, Clínica Vespucio y los Centros Médicos Vidaintegra.

Contáctanos de
manera simple y rápida



Plan Total

Total Vida 32/2103. BTV210332

Tipo de Plan: Individual☒ Grupal☐

Plan de salud complementario modalidad plan cerrado

FUN N°

| PRESTACIONES | OFERTA CERRADA (*) | | |
|--------------|--------------------|------|---|
| | Bonificación | | Tope máx. año contrato por beneficiario |
| | % | 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 Imagenología Derecho Pabellón Kinesiólogía, Fisioterapia y Terapia Ocupacional Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (2.1) Medicamentos (2.7) (2.13) Materiales e Insumos Clínicos (2.7) (2.13) Visita por Médico Tratante e Interconsultor Quimioterapia (2.9) Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis Traslados (7) | <div>Habitación Individual Simple en:</div> <div>Clínica Dávila Clínica Vespucio (Médicos Staff)</div> <div>Copago Máximo por Evento de 8 UF. (27 prestaciones garantizadas señaladas en número 5) (1.8)</div> <div>80% Sin tope</div> | | |
|--|--|--|--|

AMBULATORIAS (2.2)

| | | | | |
|--|---|--|--|----------|
| Consulta Médica Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (2.15)** Exámenes de Laboratorio Imagenología Derecho Pabellón Ambulatorio Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (2.1) Radioterapia Fonoaudiología Kinesiólogía, Fisioterapia y Terapia Ocupacional Atención Integral de Enfermería Consulta y Atención Integral de Nutricionista Prestaciones Dentales (PAD) (2.14) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) (2.14) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) (2.14) Quimioterapia (2.9) Prótesis y Órtesis (2.8) | <div>Clínica Dávila Clínica Vespucio Vidaintegra (Solo con Bonos)</div> <div>80% Sin tope</div> | | | Sin Tope |
| | | | | 4,95 UF |
| | | | | 4,95 UF |
| | | | | 2,2 UF |
| | | | | 2,2 UF |
| | | | | 2,2 UF |
| | | | | 2,2 UF |
| | | | | 2,2 UF |
| | | | | Sin Tope |
| | | | | 11 UF |

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

| | | | |
|---|--|--|--|
| Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica, Cirugía Refractiva (2.10) Consulta de Telemedicina de Psiquiatría (2.10)** Consulta, Tratamiento Psiquiatría y Psicología | 40% Sin Tope Clínica Dávila Clínica Vespucio Vidaintegra | | |
|---|--|--|--|

OTRAS PRESTACIONES

| | | | |
|--|-----|--------|--------|
| Marcos y Cristales Ópticos (2.11) | 80% | 0,7 UF | 0,7 UF |
| Medicamentos Tratamiento Esclerosis Múltiple (2.12) (2.13) | | 18 UF | 210 UF |

| | |
|-------------------------------|---|
| Cobertura Internacional (2.6) | La cobertura internacional será la establecida en el Arancel Fonasa en modalidad libre elección |
|-------------------------------|---|

| ATENCIONES DE URGENCIA INTEGRAL (2.3) | Clínica Dávila - Clínica Vespucio | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| | Copago Fijo Urgencia Simple | Copago Fijo Urgencia Compleja |
| Urgencia Adulto | 0,97 UF | 3,0 UF |
| Urgencia Pediatría | 0,88 UF | 1,63 UF |
| Urgencia Maternidad | 1,0 UF | 2,4 UF |

| | |
|---|---|
| PRESTADORES DERIVADOS HOSPITALARIOS (2.1) | Clínica Dávila, Clínica Vespucio |
| PRESTADORES DERIVADOS AMBULATORIOS (2.1) | Vidaintegra, Clínica Dávila, Clínica Vespucio |

(*) 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

3.000

UF

Firma representante Isapre

Nombre:

Rut:

Fecha:

Firma de Afiliado

Nombre:

Rut:

Fecha:

Huella dactilar Afiliado

Notas Explicativas del Plan de Salud:

1. DEFINICIONES

- 1.1) **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.
- 1.2) **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 que los prestadores ambulatorios y hospitalarios nominados en el plan 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.
- 1.3) **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.
- 1.4) **Copago fijo evento urgencia compleja:** Incluye todo lo indicado en la definición de urgencia simple, más la realización de exámenes de Imagenología de los subgrupo O3 del arancel del plan de salud (VS1) (TAC: tomografía axial computarizada-scanner) y subgrupo O5 (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.
- 1.5) **Urgencia Pediátrica:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario cuya edad esté comprendida entre los 0 y los 14 años.
- 1.6) **Urgencia Adulto:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario de 15 años o más.
- 1.7) **Urgencia Maternidad:** Corresponde a la atención obstétrica de urgencia.
- 1.8) **Copago máximo evento hospitalario:** Se entiende incluido dentro de este copago el costo total de todas las atenciones hospitalarias otorgadas al beneficiario respecto de alguna de las 27 prestaciones específicas garantizadas en la cobertura hospitalaria del plan de salud, desde el día de ingreso hasta el alta médica del paciente. Las referidas prestaciones garantizadas se encuentran individualizadas en el punto 5 de las presentes Notas Explicativas. Se excluyen de este copago máximo evento hospitalario todas las complicaciones derivadas del evento hospitalario que dio origen a la atención del beneficiario, las que tendrán cobertura de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos para la cobertura hospitalaria establecida en el plan de salud, según corresponda.
- 1.9) **UF.:** Unidad de Fomento.
- 1.10) **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 periodo 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.
- 1.11) **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.
- 1.12) **Habitación Individual Simple:** Corresponde a la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario.
- 1.13) **Médico Staff:** Médico Staff es el 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.
- 1.14) **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.
- 1.15) **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.
- 1.16) **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.

2. COBERTURAS:

- 2.1) 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, 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.
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 efectivamente 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 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 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 insuficiencia referida en el párrafo precedente, 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 o Clínica Vespucio. En estos casos, las prestaciones otorgadas serán bonificadas de acuerdo a la cobertura que le habría correspondido al beneficiario de haberse atendido en dichos prestadores. 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 el arancel VS1.

- 2.2) 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 Vespucio o Centros Médicos Vidaintegra. Asimismo, en el caso de prestaciones de apoyo de diagnóstico, tales como exámenes e 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 del plan de salud.

En caso 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 al 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. 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, 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 por insuficiencia referida en el párrafo precedente, 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 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 autorización y derivación previa de la Isapre**, estas no tendrán cobertura alguna.

La cobertura cerrada se realizará únicamente a través de la presentación de bonos en los prestadores indicados en el plan de salud.

La oferta cerrada ambulatoria comprende únicamente las prestaciones que se indican el arancel VS1.

- 2.3) 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 Clínica Dávila o Clínica Vespucio, prestadores con los cuales la Isapre ha convenido el otorgamiento de dichas prestaciones. Para acceder a las prestaciones el beneficiario deberá identificarse con 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 de que se trate.

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, 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 2.1 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 Vespucio, deberá llamar al Call Center para informar a la Isapre, y tendrá derecho a ser trasladado al prestador nominado en la oferta cerrada de su plan, previa derivación de la Isapre de acuerdo al procedimiento señalado en el párrafo primero del punto 2.3. 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 Vespucio, 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.

- 2.4) 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 al procedimiento establecido en el punto 2.3. 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, 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.

- 2.5) Tratándose de **atenciones de urgencia que no impliquen riesgo vital y/o secuela funcional grave**, y que sean otorgadas al beneficiario fuera de la Región Metropolitana, el afiliado deberá comunicarse al Call center de la Isapre para efectos de que la Isapre tome conocimiento de su condición de salud y lo derive a un prestador ubicado en la región donde se encuentre el beneficiario, en caso que corresponda. En estos casos, la Isapre otorgará una cobertura equivalente al porcentaje establecido en el plan de salud para las **prestaciones ambulatorias**, siempre y cuando no correspondan a cirugías electivas y sean solo 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, previa derivación de la Isapre de acuerdo al procedimiento señalado en el párrafo primero del punto 2.3. 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 al prestador individualizado en el plan de salud, 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, deberá pagar sólo 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 2.1 precedente.

Los gastos derivados del traslado del beneficiario al prestador cerrado designado por la Isapre serán bonificados de acuerdo a la cobertura establecida en el plan de salud para este ítem.

- 2.6) En relación a las prestaciones de salud que hayan sido otorgadas al beneficiario en el **extranjero**, se aplicará cobertura únicamente tratándose de atenciones de urgencia debidamente certificadas por el médico tratante. 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 únicamente la cobertura establecida en el Arancel Fonasa en modalidad libre elección. Para requerir esta cobertura, el afiliado deberá atenerse 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.
- 2.7) 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. Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos, insumos y materiales clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios.
- 2.8) En el caso de los **Audífonos**, sólo se contempla cobertura respecto de las personas mayores de 55 años, de acuerdo al arancel correspondiente.
- 2.9) La cobertura cerrada 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.
- 2.10) La Isapre otorgará cobertura cerrada 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 alguno los prestadores cerrados señalados en el plan de salud. 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 a alguno de los prestadores cerrados, la Isapre no otorgará cobertura alguna. Asimismo, la Isapre otorgará cobertura cerrada respecto de la consulta, tratamiento de psiquiatría y psicología y consulta de Telemedicina de Psiquiatría realizadas al paciente en los prestadores cerrados señalados en el plan de salud. En caso de no acudir a alguno de los prestadores cerrados, la Isapre no otorgará cobertura alguna.
- 2.11) 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.
- 2.12) Los medicamentos asociados al tratamiento de **esclerosis múltiple remitente recurrente** serán bonificados por la Isapre de acuerdo al porcentaje de cobertura y tope establecido en el Plan de Salud, sólo contra la presentación del respectivo programa médico.
- 2.13) 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 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.
- 2.14) 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 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."
- 2.15) Solo tendrá cobertura las consultas médicas de telemedicina de las especialidades de Dermatología, Geriátrica, 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 Psiquiatría aplicará lo dispuesto en la nota 2.10.

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

El valor de la UF 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. LISTADO DE PRESTACIONES ESPECÍFICAS GARANTIZADAS PARA LA APLICACIÓN DEL COPAGO MÁXIMO HOSPITALARIO.

| CÓDIGO | NOMBRE DE LA PRESTACIÓN |
|---------|---|
| 2004001 | Aborto retenido, vaciamiento de (incluye la inducción en los casos que corresponda) |
| 1302028 | Adenoidectomía (proc. Aut.) |
| 1302029 | Amigdalectomía c/s adenoidectomía, uni o bilateral |
| 2004006 | Cesarea |
| 1902082 | Circuncisión (incluye sección de frenillo, y/o de sinequias balano-prepuciales, y/o incisión dorsal c/s meatotomía) |
| 1802081 | Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. Completo |
| 2104093 | Dedos en gatillo, trat. Quir., Cualquier numero |
| 1803018 | Hemorroidectomía (incluye otras operaciones complementarias en canal anal) |
| 1802001 | Hernia diafragmática por vía abdominal o cualquiera otra hernia con uso de prótesis (no incluye el valor de la prótesis) |
| 1802003 | Hernia inguinal, crural, umbilical, de la linea blanca o similares, recidivada o no, simple o estrangulada s/ resección intest.C/u |
| 2003010 | Histerectomía total o ampliada por vía abdominal |
| 2104159 | Meniscectomía u otras intervenciones por vía artroscópica (incluye artroscopía diagnóstica) |
| 1302008 | Tratamiento quirúrgico de mucositis timpánica, otitis media con efusión uni o bilateral |
| 1902066 | Orquidopexia un lado |
| 2004003 | Parto presentación cefálica o podálica, c/s episiotomía, c/s sutura, c/s forceps, c/s inducción, c/s version interna, c/s revisión, c/s extracción manual de placenta, c/s monitorización. (Único o múltiple) |
| 2003025 | Quiste y/o desgarr y/o tabique vaginal, trat. Quir. |
| 2004002 | Raspado uterino diagnostico o terapéutico por metrorragia o por restos de aborto |
| 1703030 | Safenectomía interna y/o externa, unilateral, o endoablación por cualquier técnica (láser, radiofrecuencia o similar). |
| 2003005 | Salpingectomía uni o bilateral |
| 1402001 | Tiroidectomía bilateral total |
| 1103066 | Liberación quirúrgica de nervio periférico extracraneano (trat. Quir. Del síndrome del túnel carpiano, tarso u otro) |
| 1902090 | Tratamiento integral litiasis urinaria por vía litotripsia extracorpórea |
| 1902075 | Varicocele unilateral y/o denervación cordón espermático (incluye quistes, hidatides e hidrocele mismo lado) |
| 2002002 | Mastectomía parcial (cuadrantectomía o similar) o total s/vaciamiento ganglionar |
| 2002003 | Mastectomía radical o tumorectomía c/vaciamiento ganglionar o mastectomía total c/vaciamiento ganglionar |
| 2003012 | Conización y/o amputación del cuello, diagnostica y/o terapéutica c/s biopsia |
| 2104181 | Ruptura tendón de aquiles o tibial posterior, tenorrafia primaria y/o transposiciones tendinosas |

Exclusiones y Restricciones de las Prestaciones Garantizadas con Copago Máximo por Evento

1. Que la o las prestaciones de que se trate se encuentren afectas a alguna restricción o exclusión de cobertura, o que el beneficiario haya alcanzado el tope general de cobertura del contrato de salud.
2. Cuando se trate de cirugías múltiples o bilaterales, esto es, en aquellos casos en que se realizan dos o más intervenciones en un mismo acto quirúrgico y no corresponda a un evento único. Lo anterior es con excepción de aquellas prestaciones múltiples o bilaterales en que ambas se encuentren incorporadas en la nómina precedente.

6. 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 | 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 caso que un prestador no pueda cumplir con los tiempos máximos de espera, el beneficiario deberá comunicarse al call center 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 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 autorización y derivación previa de la Isapre**, estas no tendrán cobertura alguna.

7. TRASLADOS

La bonificación de traslados regirá únicamente cuando estos hayan sido solicitados por el médico tratante y originados en el contexto de una hospitalización, y su pago deberá ser autorizado siempre y en forma previa por la contraloría médica de la Isapre, salvo casos de urgencia. Esta bonificación se extiende exclusivamente al paciente.

8. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA Y OPINIONES MÉDICAS DIVERGENTES

Esta 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 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, en un plazo máximo de 30 días, 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.

9. TÉRMINO O MODIFICACIÓN DEL CONVENIO

Si durante la vigencia de este plan se produjera el termino o modificación del convenio con el prestador cerrado, 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.

10. 10. REGLAS ESPECIALES SOBRE MODIFICACIÓN DE CONTRATO

- 10.1) En caso que el afiliado modifique su domicilio acreditando que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios al prestador o prestadores 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 si éste 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.
- 10.2) 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.
- 10.3) 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 cerrado incluido en su plan de salud.
- 10.4) En caso 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.

**Contáctanos y obtén
información personalizada**



app móvil



banmedica.cl



600 600 3600



sucursales