

TIPO DE PLAN:

INDIVIDUAL: ☒
 GRUPAL: ☐

FUN N°

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)		LIBRE ELECCIÓN (*)		Tope Máximo Beneficiario/Año
	Bonificación		Bonificación		
	%	Tope	%	Tope	

HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Día Cama Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios Día Cama Transitorio y Observación Día Cama Sala Cuna Día Cama Cuidados Incubadora Derecho Pabellón Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional Materiales e Insumos Clínicos Medicamentos Quimioterapia Procedimientos Honorarios Médico Quirúrgicos Visita por Médico Tratante Visita por Médico Interconsultor Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis Traslados Médicos	100% sin tope en Clínicas: Dávila, RedSalud Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile y BUPA Santiago. 85% sin tope en Clínicas: Hospital Clínico Universidad Católica (Habitación Individual Estándar) (Solo con Médicos Staff en convenio)	100% Prestadores G31, G32, G33 85% Prestadores G34 60% Prestadores G35 40% Prestadores G36	Sin Tope 60 UF por Ciclo	Sin Tope 500 UF 600 UF
		100%	1,8 AC 20 AC 0,7 UF 0,75 UF 4,5 AC 1,7 AC	Sin Tope 35 UF 1,9 UF
	Sólo Cobertura Libre Elección			

AMBULATORIAS

Consulta Médica(**) Procedimientos Imagenología Exámenes de Laboratorio Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional Fonoaudiología Atención Integral de Enfermería Atención Integral de Nutricionista Prótesis y Órtesis Radioterapia Honorarios Médico Quirúrgicos Pabellón Ambulatorio Prestaciones Dentales (PAD) Quimioterapia	Sólo Cobertura Libre Elección	80%	0,75 UF 1,8 AC 3,8 AC	Sin Tope 4 UF 2,7 UF 10 UF
	Igual a Cobertura Preferente Hospitalaria Sólo Cobertura Libre Elección	100%	20 AC 1,8 AC 1 AC	Sin Tope Ver Anexo (*)
	Igual a Quimioterapia Hospitalaria			

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

Consulta Psiquiátrica y/o Psicología Consulta Psiquiátrica Hospitalaria Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica Hospitalización Domiciliaria Cirugía Bariátrica Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	Sólo Cobertura Libre Elección	80% 90%	0,5 UF 0,6 UF 1,2 UF por Día	2 UF 7,5 UF 37,5 UF
		25% de la Cobertura General		

OTRAS COBERTURAS

Lentes Ópticos Medicamentos e Insumos de Servicio de Urgencia Instrumental Robótico Box Ambulatorio PAD para fertilidad Insumos y Anestésicos en Cirugía Ambulatoria Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas Prestadores derivados	Sólo Cobertura Libre Elección Sólo Cobertura Libre Elección	80% 70% 100% 100%	0,8 UF 1 UF 10 UF 1 AC	0,8 UF Ver Anexo (*)
	Igual a Pabellón Ambulatorio			
	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor			
	Igual a la cobertura nacional			
	Igual a la cobertura nacional Libre Elección con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Clínica Dávila			
	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención L			
	Cualquiera de las Clínicas no usadas			

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



JNC7120
JÓNICO 1 REG 7120

Plan de Salud Complementario
Modalidad Libre Elección



8411

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: ☒ GRUPAL: ☐

FUN N°

Precio Base UF

Cotización Legal %

Tabla N°

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

IDENTIFICACION ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD DEL ARANCEL

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

MONTO UF

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: ☒
 GRUPAL: ☐

FUN N°

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 6 grupos (G31, G32, G33, G34, G35 y G36). 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 G36. Los grupos son:

GRUPOS DE PRESTADORES A NIVEL NACIONAL

NOMBRE PRESTADOR	CIUDAD	NOMBRE PRESTADOR	CIUDAD
PRESTADORES G36		PRESTADORES G32	
CLÍNICA ALEMANA CLÍNICA LAS CONDES TODOS LOS NO INCLUIDOS EN OTROS GRUPOS	SANTIAGO SANTIAGO NACIONAL	CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO (Hab. Individual) CLÍNICA DÁVILA CLÍNICA VESPUICIO CLÍNICA BUPA SANTIAGO (Hab. Compartida) HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE (Mod. Institucional) CLÍNICA SAN JOSÉ CLÍNICA EL LOA CLÍNICA PORTADA CLÍNICA BUPA ANTOFAGASTA (Hab. Compartida) CLÍNICA CUMBRES DEL NORTE HOSPITAL MILITAR DEL NORTE CLÍNICA RCR DE ATACAMA CLÍNICA REDSALUD ELQUI (Hab. Individual) CLÍNICA REDSALUD VALPARAISO HOSPITAL CLÍNICO DE VIÑA DEL MAR HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF CLÍNICA ISAMÉDICA (Hab. Individual) HOSPITAL CLÍNICO FUSAT CLÍNICA LIRCAY CLÍNICA CHILLÁN CLÍNICA UNIVERSITARIA DE CONCEPCIÓN CLÍNICA BIOBÍO CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO (Hab. Compartida) CLÍNICA REDSALUD MAYOR (Hab. Individual) CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO (Hab. Compartida) CLÍNICA PUERTO VARAS CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PUERTO MONTT (Hab. Individual) CLÍNICA PUERTO MONTT	SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO ARICA CALAMA ANTOFAGASTA ANTOFAGASTA ANTOFAGASTA ANTOFAGASTA COPIAPÓ LA SERENA VALPARAISO VIÑA DEL MAR VIÑA DEL MAR RANCAGUA RANCAGUA TALCA CHILLÁN CONCEPCIÓN CONCEPCIÓN TEMUCO TEMUCO OSORNO PUERTO VARAS PUERTO MONTT PUERTO MONTT
PRESTADORES G35		PRESTADORES G31	
CLÍNICA SAN CARLOS DE APOQUINDO CLÍNICA UNIVERSIDAD CATÓLICA (LIRA) CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES CLÍNICA SANTA MARÍA CLÍNICA INDISA CLÍNICA MEDS	SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO	CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO (Hab. Compartida) CLÍNICA JUAN PABLO II CLÍNICA SIERRA BELLA HOSPITAL DEL PROFESOR HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO CLÍNICA FLEMING ARICA CLÍNICA REDSALUD IQUIQUE CLÍNICA REDSALUD ELQUI (Hab. Compartida) CLÍNICA RÍO BLANCO CLÍNICA SAN ANTONIO CLÍNICA ISAMÉDICA (Hab. Compartida) CLÍNICA REDSALUD RANCAGUA CLÍNICA LAS AMAPOLAS CLÍNICA REDSALUD MAYOR (Hab. Compartida) CLÍNICA UNIVERSITARIA DE PUERTO MONTT (Hab. Compartida) HOSPITAL DE LAS FFAA CIRUJANO GUZMÁN HOSPITAL CLÍNICO IST	SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SAN BERNARDO ARICA IQUIQUE LA SERENA LOS ANDES SAN ANTONIO RANCAGUA RANCAGUA CHILLÁN TEMUCO PUERTO MONTT PUERTO MONTT PUNTA ARENAS VIÑA DEL MAR
PRESTADORES G34		Todos los Hospitales del SSNN no incluidos en otros grupos	
CLÍNICA RED SALUD VITACURA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA FUNDACIÓN ARTURO LÓPEZ PÉREZ HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE CLÍNICA BUPA REÑACA	SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO VIÑA DEL MAR		
PRESTADORES G33			
CLÍNICA BUPA SANTIAGO (Hab. Individual) NUEVA CLÍNICA CORDILLERA HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE (Mod. Pensionado) HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO HOSPITAL DEL TRABAJADOR DE SANTIAGO CLÍNICA BUPA ANTOFAGASTA (Hab. Individual) CLÍNICA CIUDAD DEL MAR HOSPITAL DE NIÑOS CLÍNICA LOS ANDES CLÍNICA SANATORIO ALEMÁN HOSPITAL CLÍNICO DEL SUR CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO (Hab. Individual) CLÍNICA ALEMANA DE VALDIVIA CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO (Hab. Individual) CLÍNICA REDSALUD MAGALLANES CLÍNICA LOS CARRERA CLÍNICA TARAPACÁ	SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO SANTIAGO ANTOFAGASTA VIÑA DEL MAR VIÑA DEL MAR LOS ANGELES CONCEPCIÓN CONCEPCIÓN TEMUCO VALDIVIA OSORNO PUNTA ARENAS VALPARAISO IQUIQUE		

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.



TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: ☒ GRUPAL: ☐

FUN N°

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. Las prestaciones incluidas en esta categoría corresponden a las drogas antineoplásicas que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Además, se incluyen insumos y otros medicamentos utilizados durante el procedimiento de administración de la quimioterapia endovenosa (antiheméticos y corticoides). El tope anual en quimioterapia definido en el plan, considera la suma de las bonificaciones en quimioterapia hospitalaria y ambulatoria.

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) Atención integral de nutricionista: requiere indicación por prescripción de médico tratante. Las atenciones están destinadas a pacientes de cualquier edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

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 17 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. Las prestaciones incluidas en esta categoría corresponden a las drogas antineoplásicas que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Además, se incluyen insumos y otros medicamentos utilizados durante el procedimiento de administración de la quimioterapia endovenosa (antiheméticos y corticoides). El tope anual en quimioterapia definido en el plan, considera la suma de las bonificaciones en quimioterapia hospitalaria y ambulatoria.

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 que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden actuar entre sí en tiempo real (sincrónica). Este modalidad de atención presenta limitaciones como la imposibilidad de realizar examen físico, incapacidad de para emitir licencia médica en formato físico y de emisión de receta retenida, o cualquier otra circunstancia que requiera la interacción presencial.

Sólo tendrán cobertura las consultas de telemedicina de las especialidades Dermatología, Geriátría, Endocrinología, Neurología, Nefrología, Diabetología y Psiquiatría. La consulta telemedicina de Neurología, sólo aplica para seguimiento y control y no como primera consulta.



TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: ☒ GRUPAL: ☐

FUN N°

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.

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) Consulta psiquiatría: corresponde a la consulta efectuada por un médico, especialista o no, con ocasión de la presencia de síntomas o patología clasificados dentro de los trastornos mentales o del comportamiento.

b) Hospitalización por enfermedad psiquiátrica: corresponde a la cobertura de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias, excepto las visitas médicas, con ocasión de una hospitalización originada en un cuadro cuyo diagnóstico principal o primario se encuentre clasificado entre los trastornos mentales o del comportamiento. El tope diario se aplica a la suma de los distintos rubros incluidos.

c) 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:

- El paciente debe estar cursando una enfermedad aguda o la reagudización de una patología crónica.
- Existencia de una prescripción o indicación médica.
- Control médico periódico, debidamente acreditado con los documentos clínicos que correspondan, y
- 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.

d) 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.

e) 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,

TIPO DE PLAN:

INDIVIDUAL: ☒
 GRUPAL: ☐

FUN N°

- 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, sillón, camilla, etc.) en forma transitoria (1 a 4 horas) con fines de diagnóstico 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 exclusiavmente Clínica Dávila, RedSalud Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Bupa Santiago, y Hospital Clínico Universidad Católica, 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 hospitalarios tendrán cobertura preferente cuando sean efectuados en Clínica Dávila, RedSalud Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Bupa Santiago, y Hospital Clínico Universidad Católica, 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) 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 afiliado 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.
- f) 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 (600 959 4040).
- g) 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 2959 4040) y, en horario inhábil, con el servicio de orientación médica telefónica Colmena Doctor (800 633 444).



TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: ☒ GRUPAL: ☐

FUN N°

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

i) 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 la anualidad que corresponda.

Al cumplimiento de la anualidad, la Isapre podrá adecuar el contrato, caso en el cual deberá informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberle puesto término o modificado el respectivo convenio y poner en su conocimiento tanto las adecuaciones propuestas para el plan vigente como los planes de salud alternativos a éste.

j) 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.

k) 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.