

# Plan Plus



## EN ATENCIONES HOSPITALARIAS



**80% DE COBERTURA REAL**  
en Clínica Dávila, Clínica Vespucio

## EN ATENCIONES AMBULATORIAS



**80% DE COBERTURA REAL**  
en los Centros Médicos Vidaintegra

## EN ATENCIONES DE URGENCIA



**COPAGOS FIJOS**  
en Clínica Dávila – 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

## ¿CÓMO FUNCIONA UN PLAN VIDAINTEGRA PLUS?

Una vez que contratas el plan:

- 1

Te contactaremos para darte la bienvenida, conocer tus necesidades y aclarar dudas respecto del funcionamiento de tu plan.
- 2

Te asignaremos a tu Médico Personal y un Asistente de Salud, quienes serán parte del equipo de profesionales que te acompañará y orientará cada vez que requieras atención médica. Para tus beneficiarios menores de 14 años se asignará otro Médico Personal, especialista en cuidado infantil.

Cada vez que necesites una atención de salud deberás llamar a:

 **Línea Salud**  
**2-2353 3333**

En esta instancia, tu Asistente de Salud te ayudará a encontrar la solución adecuada a tu necesidad médica. De acuerdo a la urgencia y/o complejidad de tu situación de salud, podrás recibir alguno de los siguientes tipos de atención:



### Telemedicina

Un médico te asistirá a través de una consulta telefónica o video consulta y podrá recetarte medicamentos y exámenes en línea.



### Agendamiento de hora médica

Con tu Médico Personal o un especialista -según corresponda- en alguno de los Centros Médicos Vidaintegra.









### Derivación a Urgencia

En Centros de Atención Prioritaria de Vidaintegra o en las clínicas Vespucio o Dávila.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

- **Siempre debes llamar a Línea Salud ante una necesidad de atención médica.** Tu Asistente de Salud es quien te agendará horas médicas o te derivará a urgencia de ser necesario. Te recordamos que si decides agendar una hora sin llamar a Línea Salud, o asistes a un centro médico fuera de la red cerrada, esta atención no será cubierta por tu plan de salud.
- **Las consultas médicas serán con tu Médico Personal.** Si necesitas exámenes adicionales, procedimientos o consulta con un especialista, tu Médico Personal te derivará con los profesionales y centros de atención más adecuados a tus necesidades médicas dentro de la red Vidaintegra, Clínica Vespucio y Clínica Dávila.
- **En caso de requerir hospitalización,** tu equipo médico te derivará a Clínica Vespucio o Clínica Dávila. Cualquier hospitalización que no haya sido derivada por tu equipo médico no será cubierta por tu plan de salud.
- **Si tienes una urgencia,** también debes llamar a la Línea Salud antes de dirigirte a un Centro Médico. De este modo, tu Asistente de Salud te indicará qué hacer y dónde dirigirte dentro de la red de atención. Si tuviste una urgencia con riesgo vital y/o secuela funcional grave certificada por un médico y no pudiste llamar antes a Línea Salud, deberás hacerlo antes de 48 horas desde tu ingreso, a fin de recibir orientación respecto a los pasos a seguir y así poder obtener la cobertura indicada en tu plan.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A UN PLAN VIDAINTEGRA PLUS?

	<b>Equipo médico personal</b>	El cuidado de tu salud está a cargo de un equipo médico asignado especialmente para ti y tu familia.
	<b>Asistencia médica 24/7</b>	Tienes acceso a atención médica 24/7, con profesionales siempre disponibles para ti.
	<b>Ficha médica integrada</b>	Tu historial y ficha médica se encuentran integrados en las clínicas y centros médicos de la red (Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Centros Médico Vidaintegra), es decir, tus atenciones nunca comienzan desde cero.
	<b>Copagos máximos conocidos</b>	Puedes saber anticipadamente cuánto vas a pagar cuando vayas a una urgencia y tienes un copago máximo conocido ante cualquier hospitalización (cobertura adicional para enfermedades catastróficas).
	<b>Agendamiento de horas prioritarias</b>	Si requieres una consulta médica presencial, tienes prioridad en la agenda de tu Médico Personal.
	<b>Beneficio Dental</b>	Tienes un 65% de descuento en los Centros Dentales Vidaintegra y una consulta de bienvenida que incluye diagnóstico e higiene dental sin costo.

¿QUÉ ATENCIONES TIENEN UNA BAJA COBERTURA?

- Fonoaudiología, Kinesiología y Fisioterapia.
  - Prestaciones dentales.
  - Atenciones no incluidas en el arancel.
- Cirugías de presbicia, bariátrica, refractiva y metabólica.
  - Consulta, Tratamiento Psiquiatría y Psicología.

Contáctanos y obtén información personalizada



app móvil



banmedica.cl



600 600 3600



sucursales

Plan Plus

Vidaintegra Plus 32/204B. BVIP204B32

Tipo de Plan: Individual ☒ Grupal ☐

Plan de salud complementario modalidad prestador cerrado

FUN Nº

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 Kinesioterapia, Medicina Física y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (2.1) Medicamentos (2.7) (2.13) Materiales Clínicos (2.7) (2.13) Visita por Médico Tratante e Interconsultor Quimioterapia (2.9) Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis Traslados (7)	80%	Habitación Individual Simple en: <b>Clínica Dávila</b> <b>Clínica Vespucio</b> (Médicos Staff del Plan)  <b>Copago Máximo por Evento de 8 UF. (27 prestaciones garantizadas señaladas en número 5) (1.3)</b>
--	-----	---

AMBULATORIAS (2.2)

Consulta Médica Exámenes de Laboratorio Imagenología Derecho Pabellón Ambulatorio Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (2.1) Radioterapia Fonoaudiología Kinesioterapia y Fisioterapia Atención Integral de Enfermería Atención Integral de Nutricionista Consulta, Tratamiento Psiquiatría y Psicología Prestaciones Dentales (PAD) (2.14) Quimioterapia (2.9) Prótesis y Órtesis (2.8)	80%	Centros Médicos Vidaintegra (solo con bonos)	Sin Tope
En caso de necesitar una atención médica, recuerda que debes llamar al teléfono 2 2353 3333			4,95 UF
			4,95 UF
			2,2 UF
			2,2 UF
			3 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)	40% Sin Tope	Clínica Dávila, Clínica Vespucio
---	--------------	----------------------------------

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	
Urgencia Adulto	Copago Fijo Urgencia Simple	Copago Fijo Urgencia Compleja
Urgencia Pediátrica	0,97 UF	3,0 UF
Urgencia Maternidad	0,88 UF	1,63 UF
	1,0 UF	2,4 UF

PRESTADORES DERIVADOS HOSPITALARIOS (2.1)	Clínica Dávila, Clínica Vespucio
PRESTADORES DERIVADOS AMBULATORIOS (2.1)	Centros Médicos Vidaintegra, Clínica Dávila, Clínica Vespucio

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

2.700

UF

Firma representante Isapre

Nombre:

Rut:

Fecha:

Firma de Afiliado

Nombre:

Rut:

Fecha:

Huella dactilar Afiliado

Arancel VS1:

El presente plan **Vidaintegra Plus 32/204B** otorga la cobertura detallada en este plan de salud complementario para todas las prestaciones comprendidas en el Arancel VS1, entre ellas se destaca **Gamma Knife**.

Para mayor información, consultar el listado de prestaciones médica incluidas en el Arancel VS1, publicado en la página web [www.banmedica.cl](http://www.banmedica.cl)

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 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.
- 1.4) **Complicaciones:** Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con relación causal directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado
- 1.5) **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.
- 1.6) **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.
- 1.7) **Urgencia Pediátrica:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario cuya edad esté comprendida entre los 0 y los 14 años.
- 1.8) **Urgencia Adulto:** Corresponde a la atención de urgencia otorgada al beneficiario de 15 años o más.
- 1.9) **Urgencia Maternidad:** Corresponde a la atención obstétrica de urgencia.
- 1.10) **V.A.:** Número de veces el valor asignado a cada prestación en el arancel señalado en el plan de salud.
- 1.11) **UF.:** Unidad de Fomento.
- 1.12) **Habitación Individual Simple:** Corresponde a la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario.
- 1.13) **Médico Staff Convenido:** Corresponde al médico que tiene relación contractual vigente con el prestador contemplado en la Oferta Cerrada del plan de salud y que se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre respecto de este plan de salud cerrado.
- 1.14) **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.
- 1.15) **Tope máximo año contrato por beneficiario:** Son únicos y comprenden las bonificaciones de todas las prestaciones otorgadas en los prestadores de la Oferta Cerrada del Plan de Salud. 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, 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.
- 1.16) **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.
- 1.17) **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.
- 1.18) **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.
- 1.19) **Orden Médica:** Orden escrita emitida por el médico tratante para que el paciente pueda realizarse exámenes, imágenes u hospitalización, entre otras prestaciones. Toda prestación ambulatoria, excepto la consulta médica y los anteojos para presbicia para mayores de 40 años, requerirá para obtener la orden de atención, acompañar la indicación médica que la originó con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

2. 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, el cual debe formar parte del listado específico de médicos staff convenidos para este plan de salud, 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 cerrada se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes de bonificación, o según el copago máximo indicado en el plan complementario de salud, en caso que corresponda. En cualquier caso, el afiliado obtendrá la mayor cobertura resultante entre ambas. Para acceder a la cobertura de la oferta cerrada del plan de salud, de acuerdo a los topes y porcentajes de cobertura establecidos para dicha oferta, el beneficiario deberá ingresar efectivamente al prestador derivado por la Isapre, en el tipo de habitación indicado en el cuadro de beneficios de la oferta cerrada, fecha a contar de la cual operará esta cobertura.



La cobertura hospitalaria correspondiente al ítem "Día Cama" comprende las prestaciones Día Cama, Sala Cuna, Incubadora, Día Cama intensivo, intermedio o Coronario y Día Cama Transitorio u Observación.

La oferta cerrada hospitalaria dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en el establecimiento derivado por la Isapre, de los 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 número telefónico 223533333, a fin de que la Isapre 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 el prestador designado originalmente por la Isapre. 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 bonificación de los Honorarios Médicos Quirúrgicos de la oferta cerrada se efectuará de acuerdo al porcentaje establecido en el plan de salud y será sin tope, cuando las prestaciones hayan sido otorgadas por médicos que formen parte del listado específico de médicos staff convenidos para este plan de salud, en convenio con la Isapre y mediante la utilización de bonos. En caso de no cumplirse las referidas condiciones, la cobertura cerrada se aplicará únicamente a la factura de la clínica y los honorarios médicos no tendrán bonificación 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 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, únicamente si las atenciones son otorgadas por médicos que formen parte del listado específico de médicos staff convenidos para este plan de salud, en convenio con la Isapre y mediante la utilización de bonos. Para acceder a las prestaciones, el beneficiario deberá comunicarse al número telefónico 223533333, para efectos de ser derivado al Centro Médico Vidadintegra con el médico que determine la Isapre para la realización de las prestaciones requeridas. En todo caso, si el paciente requiere de prestaciones de alguna especialidad médica específica, será el propio médico designado por la Isapre quien efectuará la derivación correspondiente al médico de dicha especialidad. 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 el establecimiento derivado por la Isapre, de los 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 número telefónico 223533333, a fin de que la Isapre 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 designado originalmente por la Isapre. 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 comunicarse al número telefónico 223533333, para ser derivado a alguno de los prestadores de la oferta cerrada indicados en su plan de salud con los cuales la Isapre ha convenido el otorgamiento de dichas prestaciones. El beneficiario deberá identificarse en el prestador derivado 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 derivado por la Isapre, 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 los individualizados en el recuadro **"Atención de Urgencia Integral"** del plan de salud, tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores contemplados 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 alguno de los prestadores individualizados 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.

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 1,6 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.

Por su parte, tratándose de casos 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 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 la cobertura señalada en el plan de salud para dicho prestador cerrado.

- 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 número telefónico 223533333, 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, con un tope máximo de 1,6 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 no otorgará cobertura alguna a las atenciones de urgencia que no impliquen riesgo vital y/o secuela funcional grave.
- 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 a alguno de los prestadores contemplados 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 alguno de los prestadores individualizados 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 derivado por la Isapre, deberá pagar 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. El plazo para la presentación de la referida documentación ante la Isapre es de 90 días corridos, contados desde la emisión de la respectiva factura y/o boleta. Transcurrido dicho plazo la Isapre no otorgará cobertura alguna a estas 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 10 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 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 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 complementario de salud.
- 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 únicamente las **drogas antineoplásicas** para el tratamiento del cáncer, respecto de las cuales se otorgará cobertura de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Salud complementario. El resto de las prestaciones asociadas a la Quimioterapia se bonificarán de acuerdo al ítem correspondiente incluido en el plan de salud complementario.
- 2.10) **Prestaciones restringidas:** Corresponde a Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica, la Isapre otorgará cobertura cerrada respecto de las referidas prestaciones restringidas solo en caso que sean otorgadas en alguno de los prestadores cerrados señalados en el plan de salud del afiliado, previa derivación efectuada por la Isapre, de acuerdo al procedimiento establecido en el punto 2.1 precedente. De no cumplirse con las condiciones señaladas las prestaciones restringidas no tendrán 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) de Prestaciones Dentales** se bonificarán de acuerdo al porcentaje y tope establecido en el plan de salud, sujeto a los mismos términos y condiciones aplicables bajo el arancel Fonasa modalidad libre elección, por lo que la cobertura se otorgará únicamente a los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años, 11 meses, 29 días.

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

- 3.1) Los topes en UF indicados en las columnas Tope y Tope Máximo Año Contrato por Beneficiario, 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 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 artroscopia 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 desgarró 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 número telefónico 223533333, a fin de que la Isapre 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 designado originalmente por la Isapre. 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 registrará 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. 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. 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