

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ se ha convenido el siguiente Plan de Salud Complementario entre Isapre Banmédica S.A., Institución de Salud Previsional, registrada bajo el código de operación número 99, representada por su Gerente General, don Fernando Matthews Cádiz, Rut N° 8.773.661-K, ambos con domicilio en Santiago, Avenida Apoquindo Nro. 3.600 piso 3ro, comuna de Las Condes, por una parte, y por la otra el afiliado(a):

Sr(a): \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad N°: \_\_\_\_\_

Domiciliado en: \_\_\_\_\_  
calle número comuna ciudad

que se registrá por las condiciones generales aprobadas por la Superintendencia de Salud:

REGIONAL SANATORIO ALEMÁN 22 /15

RSA1522 -

Tipo de Plan:  
Individual ☒  
Grupal ☐



| PRESTACIONES  | LIBRE ELECCIÓN (a)           |               | MONTOS<br>MÁXIMOS<br>Usuario/Año (m) | OFERTA PREFERENTE (b) (**)  |  |                 |   | MONTOS<br>MÁXIMOS<br>Usuario/Año (m) | PRESTADORES<br>DERIVADOS (n) |        |
|---|------------------------------|---------------|--------------------------------------|---|--|-----------------|---|--------------------------------------|------------------------------|--------|
|   | Bonificación                 |               |                                      | Bonificación  |  |                 |   |                                      |                              |        |
|   | %                            | Tope          |                                      | %   | Tope   | %               | Tope  |                                      |                              |        |
| <b>PRESTACIONES HOSPITALARIAS, CIRUGÍAS AMBULATORIAS (a) Y URGENCIAS HOSPITALARIAS (c)</b><br>DÍA CAMA<br>SALA CUNA<br>INCUBADORA<br>DÍA CAMA CUIDADO INTENSIVO, INTERMEDIO O CORONARIO<br>DÍA CAMA TRANSITORIO U OBSERVACIÓN<br>EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA<br>DERECHO PABELLÓN<br>KINESIOLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y FISIOTERAPIA<br>MEDICAMENTOS (d) (r)<br>MATERIALES CLÍNICOS (d) (r)<br>PROCEDIMIENTOS Y HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS<br>PRÓTESIS Y ÓRTESIS<br>CONSULTA MÉDICA HOSPITALARIA | 90%                          | 5,5 UF        | Sin Tope                             | 90% (b)<br>Habitación Individual Simple en:<br>Clínica Sanatorio Alemán<br><br>100% (b)<br>Habitación Doble en:<br>Clínica Sanatorio Alemán | (Sólo con Médicos Staff ) (b)<br><br>90% (b)<br>Habitación Individual Simple en:<br>Clínica Dávila<br>Clínica Vespucio<br>Clínica Bicentenario | Sin Tope        | Clínica Bío Bío<br>(Hab. Individual Simple)<br><br>Hospital Clínico del Sur<br>(Hab. Doble)<br><br>Clínica Dávila<br>(Hab. Individual Simple)<br><br>Clínica Vespucio<br>(Hab. Individual Simple) |                                      |                              |        |
| 2,4 veces AB4   |                              | 46 UF         |                                      |   |  |                 |   | Sólo Libre Elección                  |                              |        |
| 6,5 veces AB4   |                              | Sin Tope      |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 2,4 veces AB4   |                              | 36 UF         |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 48 UF   |                              | Sin Tope      |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 23 UF   |                              |               |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 7 veces AB4   |                              |               |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 18 UF   |                              |               |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| 0,72 UF   | Sin Tope                     |               |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| <b>PRESTACIONES AMBULATORIAS</b><br>CONSULTA MÉDICA   | 70%                          | 0,6 UF        | Sin Tope                             | Sólo Libre Elección   |  |                 |   | Sin Tope                             | Clínica Bío Bío              |        |
| EXÁMENES DE LABORATORIO   |                              | 1,3 veces AB4 |                                      | 80%<br>Clínica Sanatorio Alemán   | Sin Tope   | Clínica Bío Bío |   |                                      |                              |        |
| IMAGENOLOGÍA  |                              | 1,6 veces AB4 |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| PROCEDIMIENTOS Y HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS (r)   |                              | 2,2 veces AB4 |                                      | Sólo Libre Elección   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| DERECHO PABELLÓN AMBULATORIO  |                              | 5,3 veces AB4 |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| FONOAUDIOLOGÍA  |                              | 1,3 veces AB4 |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              | 1,8 UF |
| KINESIOLOGÍA, MEDICINA FÍSICA Y FISIOTERAPIA  |                              | 2,2 veces AB4 |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              | 4 UF   |
| PRÓTESIS Y ÓRTESIS (e)  |                              | 1,3 veces AB4 |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              | 12 UF  |
| ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA Y ENFERMERÍA (f)   | 1,3 veces AB4                | 1,5 UF        |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| PRESTACIONES DENTALES (PAD) (s)   | 40%                          | 1 vez AB4     | 2 UF                                 |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| DROGAS ANTINEOPLÁSICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER (g) (r)   | 90%                          | 5,5 UF        | 55 UF                                | Sólo Libre Elección   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| <b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b><br>PRESTACIONES HOSPITALARIAS DE PSIQUIATRÍA, CIRUGÍA DE PRESBICIA Y CIRUGÍA BARIÁTRICA O DE OBESIDAD (h)  | 25% de la cobertura genérica | Sin Tope      | Sólo Libre Elección                  |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| PRESTACIONES HOSPITALARIAS DE CIRUGÍA REFRACTIVA (h)  | 50% de la cobertura genérica |               |                                      |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
| CONSULTA, TRATAMIENTO PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA  | 70%                          |               |                                      |   |  |                 |   |                                      | 0,6 UF                       | 2,2 UF |
| <b>OTRAS PRESTACIONES</b><br>TRASLADOS (i)<br>MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS (j)<br>MEDICAMENTOS TRATAMIENTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE (k) (r)  | 70%                          | 1,3 veces AB4 | 0,9 UF                               | Sólo Libre Elección   |  |                 |   |                                      |                              |        |
|   |                              | 1,3 UF        | 1,3 UF                               |   |  |                 |   |                                      |                              |        |
|   |                              | 16 UF         | 190 UF                               |   |  |                 |   |                                      |                              |        |

| TABLA DE FACTORES DE PRECIO (CÓDIGO 1149) |            |       |        |       |
|---|------------|-------|--------|-------|
| Tipo de Beneficiario                      |            |       |        |       |
| Edad<br>(Años)                            | Cotizantes |       | Cargas |       |
|   | Hombre     | Mujer | Hombre | Mujer |
| 0 a menos de 2                            | 1.80       | 1.80  | 1.80   | 1.80  |
| 2 a menos de 5                            | 0.80       | 0.80  | 0.60   | 0.60  |
| 5 a menos de 10                           | 0.70       | 0.70  | 0.50   | 0.50  |
| 10 a menos de 15                          | 0.70       | 0.70  | 0.50   | 0.50  |
| 15 a menos de 20                          | 0.70       | 0.70  | 0.50   | 0.50  |
| 20 a menos de 25                          | 0.80       | 2.00  | 0.50   | 0.80  |
| 25 a menos de 30                          | 0.90       | 2.35  | 0.70   | 1.50  |
| 30 a menos de 35                          | 1.00       | 3.30  | 1.00   | 1.85  |
| 35 a menos de 40                          | 1.00       | 3.30  | 1.00   | 1.75  |
| 40 a menos de 45                          | 1.20       | 2.40  | 1.20   | 1.60  |
| 45 a menos de 50                          | 1.30       | 2.40  | 1.30   | 1.80  |
| 50 a menos de 55                          | 1.60       | 2.45  | 1.60   | 1.85  |
| 55 a menos de 60                          | 2.10       | 2.55  | 2.10   | 2.10  |
| 60 a menos de 65                          | 2.70       | 2.70  | 2.70   | 2.70  |
| 65 a menos de 70                          | 3.20       | 3.20  | 3.20   | 3.20  |
| 70 a menos de 75                          | 3.80       | 3.80  | 3.80   | 3.80  |
| 75 a menos de 80                          | 4.50       | 3.90  | 4.50   | 3.90  |
| 80 y más                                  | 4.70       | 4.50  | 4.70   | 4.50  |

| Precio Base       | Nombre Arancel |
|-------------------|----------------|
| UF                | AB4 (*)        |
| Precio Total Plan | Unidad Arancel |
| UF                | Pesos          |

| TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA EN DÍAS CORRIDOS EN LOS PRESTADORES IDENTIFICADOS EN LA COBERTURA PREFERENTE (mientras sea médicamente aconsejable) |         |
|---|---------|
| PRESTACIÓN  | N° 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 tiempos se cuentan desde el día siguiente, al día en que el paciente solicite la prestación.
- En el caso que un prestador no pueda cumplir con los tiempos máximos de espera, el paciente será derivado a otro prestador por la Isapre.

Notas Explicativas del Plan de Salud:

- a) Las **prestaciones hospitalarias** son aquellas en que la persona requiere indubitadamente infraestructura hospitalaria, cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias:  
La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate o el prestador ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme el arancel vigente en la Isapre.  
Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria.  
La cobertura hospitalaria de libre elección se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes de bonificación, y montos máximos indicados en el plan complementario de salud.
- b) La cobertura preferente se realizará sólo con presentación de bonos con los prestadores indicados en el plan de salud.  
La **oferta preferente hospitalaria** comprende sólo las prestaciones que indica el plan de salud.  
La oferta preferente, tanto ambulatoria como hospitalaria, dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en el establecimiento indicado en el plan, en caso contrario, el beneficiario deberá comunicarse con la Isapre, quien derivará a un prestador, de entre los Indicados en la columna Prestadores Derivados.  
La cobertura hospitalaria de la oferta preferente para día cama habitación individual simple se aplica hasta el valor de la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario. En el caso de uso de una habitación de mayor valor tendrá como bonificación máxima la anterior y cualquier diferencia por el uso de una habitación superior a la indicada, será de cargo del beneficiario.  
Los Honorarios Médicos Quirúrgicos de la oferta preferente en la Región Metropolitana serán sin tope, sólo con médicos staff del establecimiento, en convenio con la Isapre y utilizando bonos, en caso contrario, se bonificará de acuerdo a los topes indicados en la libre elección del plan de salud, para ese ítem.  
Médico Staff es el médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la Oferta Preferente y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre.  
En todos los casos en que la Oferta Preferente haga mención a la frase “Sólo Libre Elección”, se entenderá que se aplican los Porcentajes de Bonificación, Topes de Bonificación y Montos Máximos Usuario/Año, señalados en la columna Libre Elección del plan de salud.
- c) En caso de **urgencia hospitalaria** con o sin riesgo vital o secuela funcional grave, para tener acceso a la cobertura preferente deberá acudir al prestador indicado en el Plan de Salud. En caso de no poder dirigirse al prestador indicado en la cobertura preferente, se deberá acudir a cualquier servicio de urgencia y dar aviso a la Isapre, personalmente o por medio de familiar u otro, dentro de las 48 horas siguientes al evento. Si el plazo de 48 horas se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente.  
Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, además de aviso en el plazo antes referido, el beneficiario debe ingresar efectivamente al prestador preferente y en el tipo de habitación que indica el cuadro de beneficios de la oferta preferente, fecha a contar de la cual tendrá acceso a esta cobertura. Tanto el beneficiario como la Isapre están facultados para disponer el traslado del paciente hospitalizado al prestador preferente cuando su estado de salud lo permita. En todo caso, la cobertura en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre por libre elección al igual que los correspondientes gastos de traslado.
- d) 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 (código de pabellón 5 o superior). Esta cobertura se aplica por evento/beneficiario. Se entiende por evento/beneficiario una misma hospitalización con independencia del lugar de la misma (establecimiento asistencial y/o hospitalización domiciliaria). Se excluyen drogas antineoplásicas para el tratamiento del cáncer, las cuales se bonificarán en sus porcentajes y topes específicos del cuadro de beneficios del plan complementario de salud. Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos y materiales clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios.
- e) En el caso de los **audífonos**, sólo se contempla cobertura a los mayores de 55 años de acuerdo al arancel.
- f) Las prestaciones asociadas a la **Atención Integral de Enfermería** sólo tendrán bonificación de acuerdo a los topes y montos máximos indicados en el plan de salud, conforme al arancel Fonasa modalidad libre elección.
- g) El tope se aplica por ciclo de quimioterapia e incluye sólo **drogas antineoplásicas** para el tratamiento del cáncer. 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.
- h) **Prestaciones con Cobertura Reducida** indicadas en el plan, sólo con cobertura libre elección en Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia y Cirugía Bariátrica o de Obesidad.  
La cobertura reducida de las prestaciones hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía de Presbicia y Cirugía Bariátrica o de Obesidad, será la de mayor valor entre el 25% de la cobertura del plan de salud para la prestación genérica correspondiente y la cobertura financiera mínima que establece el Arancel Fonasa modalidad libre elección.  
La cobertura reducida de las prestaciones hospitalarias de Cirugía Refractiva, será la de mayor valor entre el 50% de la cobertura del plan de salud para la prestación genérica correspondiente y la cobertura financiera mínima que establece el Arancel Fonasa modalidad libre elección.
- i) Esta bonificación regirá sólo para **traslados** originados por hospitalizaciones e incluye solamente al paciente y deberá ser solicitado por el médico tratante, salvo casos de urgencia, y su pago autorizado siempre por contraloría médica de la Isapre.
- j) Corresponderá la bonificación de los **marcos y cristales ópticos** sólo con la presentación de la receta médica respectiva. Los anteojos para presbicia no requieren de receta médica para los mayores de 40 años.
- k) Los medicamentos asociados al **tratamiento de esclerosis múltiple** remitente recurrente, sólo tendrán bonificación de libre elección, conforme al arancel Fonasa modalidad libre elección y la cobertura se otorgará sólo contra presentación de programa médico.
- l) Atención de **Urgencia Ambulatoria en prestador preferente** incluye: exámenes de laboratorio, imagenología, medicamentos y materiales de Urgencia, que requiera el beneficiario durante esta atención. Esto no se extiende a las prescripciones y prestaciones posteriores, derivadas de la consulta de urgencia ambulatoria, aunque tenga relación con ella, las que tendrán las coberturas del plan de salud según corresponda. Esta cobertura rige sólo con presentación de bonos, en el prestador preferente indicado en el plan de salud o en el prestador derivado en el caso de que los prestadores anteriores no tengan disponibilidad física o se encuentren imposibilitados de otorgar algunas de las prestaciones contempladas en este ítem. Si el afiliado acude a un prestador distinto a los anteriores, la cobertura será la indicada para prestaciones ambulatorias de Libre Elección del plan. Asimismo, la cobertura para prestaciones ambulatorias de urgencia distintas a las señaladas en este párrafo, será la indicada para prestaciones ambulatorias de Libre Elección del plan.

- m) Los **montos máximos** por usuario/año son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones, de que se trate, por libre elección y por la oferta preferente. El valor indicado rige 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.
- Para los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) de Prestaciones Dentales, el monto máximo, para cada uno de los códigos, por beneficiario y por año-contrato, será la cobertura indicada para la respectiva prestación en el Arancel de Modalidad Libre Elección de Fonasa.
- El **tope general anual** por beneficiario es único y comprende todas las bonificaciones otorgadas por la Isapre, tanto por libre elección y por oferta preferente, en el periodo anual de vigencia de beneficios. Alcanzado este tope general anual, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley.
- n) Cuando se configura una insuficiencia de todos los prestadores indicados en la oferta preferente, es decir que se encuentra imposibilitado de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente, el beneficiario o familiar deberá solicitar a la Isapre la derivación a algún prestador indicado en la columna Prestadores Derivados o al que indique la Isapre en regiones. La solicitud de derivación podrá realizarse en cualquier sucursal de la Isapre. El monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haberse mantenido en el prestador preferente.
- o) La **cobertura mínima** del plan de salud para cada prestación no podrá ser inferior al 25% de la cobertura del plan para la prestación genérica correspondiente y será siempre la que resulte mayor entre ésta y la cobertura Nivel 1 del Arancel Fonasa Libre Elección. En el evento, que la cobertura estipulada resultare inferior a la cobertura Fonasa antes indicada, la Isapre otorgará ésta última de acuerdo al artículo n° 190 de DFL N°, 2005 Salud.
- p) La **atención dental** procederá sólo respecto de aquellas atenciones que se otorguen a través de centros o profesionales en convenio con la Isapre. Este beneficio rige por medio de descuentos acordados entre la Isapre y dichos centros o profesionales en convenio. Se excluye de estos descuentos, los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD).
- q) La Isapre otorgará cobertura internacional de acuerdo a los siguientes criterios:  
El afiliado y los beneficiarios del contrato tendrán derecho a bonificación por las prestaciones otorgadas en el extranjero. La **cobertura internacional** ambulatoria y hospitalizada se rige por los porcentajes de bonificación, topes y montos máximos usuario/año indicados en la columna Libre Elección del Plan de Salud. Los ítems que no tengan topes expresados en ella, tendrán un tope de bonificación de un **90% del arancel de Clínica Dávila**, con un tope único y total en medicamentos y materiales clínicos de **100 UF anuales**. 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, el último día del mes anterior a la fecha de la prestación. Con todo, el beneficiario deberá requerir el reembolso de las prestaciones médicas presentando los documentos originales legalizados traducidos al español, que identifiquen y detallen las prestaciones médicas y su valor cuya bonificación se solicita y dentro del plazo de 180 días contados desde la fecha de facturación, transcurrido dicho plazo la Isapre no estará obligada a otorgar beneficio alguno.
- r) Todos los medicamentos, materiales clínicos e insumos, incluidas las drogas antineoplásicas y los medicamentos para el tratamiento de la esclerosis múltiple, se bonificarán únicamente en la medida que estén registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) con fines curativos (por lo que se exceptúan, en consecuencia, los medicamentos con fines de investigación y experimentación).
- s) Los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) de Prestaciones Dentales sólo tendrán bonificación en modalidad de libre elección, sujeto a los mismos términos, topes y condiciones aplicables bajo el arancel Fonasa modalidad libre elección, por lo que la cobertura se otorgará sólo a los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días.
- t) Para los efectos de este plan de salud, se entiende por Gamma Knife las prestaciones de radiocirugía de órganos de la cabeza, que incluye Gamma Knife y radiocirugía y que actualmente solo otorga la Clínica Dávila.

(\*) **REAJUSTE DEL ARANCEL:**

El Arancel o catálogo valorizado de prestaciones se reajustará el primero de Abril de cada año hasta en un 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios del Consumidor (IPC) entre el 1° de Enero y 31 de Diciembre del año anterior, con un mínimo de 1% de la referida variación. Para el caso que desaparezca o reemplace dicho índice, se sustituirá por el que la autoridad competente disponga en lugar de aquél.

(\*\*) **CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE:**

**Atención de Urgencia y Traslado:** Incorporadas en letras **c), i) y l)** de las Notas Explicativas del plan de salud, precedentes.

**Término o Modificación del Convenio:** El término del convenio entre la Isapre y alguno de los prestadores preferentes o cualquier modificación que éstos le introduzcan no afectará la oferta preferente con dicho prestador, hasta la anualidad que corresponda al cotizante.

**Término de la Existencia Legal del Prestador u Otros:** Si durante la vigencia de este plan terminase la existencia legal de alguno o algunos de los prestadores preferentes o experimentare una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura o una paralización permanente de sus actividades, la Isapre comunicará por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes, junto con la o las alternativas de planes que dispone para ellos, o el o los nuevos prestadores preferentes, si procediere.

**Modificación de Contrato:** En caso de que el Afiliado modifique su domicilio acreditando de que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios al prestador individualizado en el plan, o si se produce una falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos, la Isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado fundamentándose en algunas de estas circunstancias. Dicha oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud entre los en comercialización, que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

**Segunda Opinión Médica:** Esta se podrá obtener con otro profesional del mismo prestador preferente, un profesional de otro prestador preferente y, si no hubiera un prestador preferente distinto, con un profesional del o los prestadores derivados.

**Opiniones Médicas Divergentes:** Frente a divergencias entre las opiniones médicas que se produzcan como consecuencia del ejercicio del derecho a solicitar una segunda opinión médica, le asiste al cotizante y/o a los beneficiarios del plan de salud el derecho de requerir del Director Médico o Jefe del Servicio del prestador individualizado en la oferta preferente del plan de Salud, en un plazo máximo de 30 días, un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.

**NORMAS DE BONIFICACIÓN**

**Orden Médica:** Toda prestación ambulatoria, excepto la consulta médica y los anteojos para presbicia para mayores de 40 años, requerirá tanto para obtener el reembolso como la orden de atención, acompañar la indicación médica que lo originó con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstico.

La cobertura del plan se determina sobre el valor factura o boleta, aplicando el porcentaje o el tope de bonificación, cuando corresponda. Los topes de bonificación se expresan en UF o en veces arancel. Los topes en UF indicados en las columnas Topes de Bonificación y Montos Máximos Usuario/Año, se calcularán de acuerdo al valor que tenga la UF el último día del mes anterior a la fecha de la prestación al igual que para el cálculo de la cotización.

Este Plan de Salud se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder del afiliado.

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA DE AFILIADO



Huella dactilar Afiliado

RS/1/15