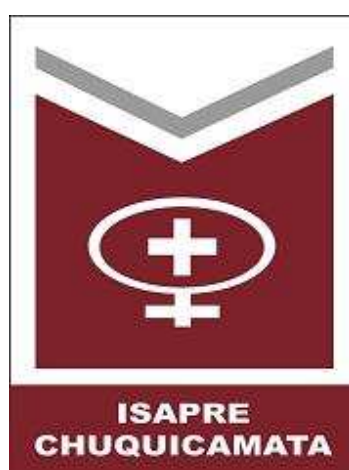


CONTRATO DE SALUD



**Condiciones Tipo para el
Otorgamiento de Beneficios por parte de las
Instituciones de Salud Previsional**

Isapre Chuquicamata Ltda.





Los documentos que se incluyen en estas “Condiciones Tipo” fueron aprobados por la Superintendencia de Salud e instruidos como texto obligatorio a todas las Isapres a través de las siguientes circulares:

Circular IF N° 12

Imparte instrucciones sobre condiciones generales uniformes para los Contratos de Salud Previsional. (Para Isapres que optaron por adherirse)

Circular IF N° 7

Imparte instrucciones sobre las nuevas condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que indica y complementa la Circular N° 59 del 29 de febrero de 2000. (Para Isapres que optaron por adherirse)

Circular IF N° 2

Imparte instrucciones sobre el ajuste de los Contratos de Salud a la ley N° 19.966.

Circular IF N° 18

Imparte instrucciones sobre la difusión de las Nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.

Circular IF N° 39

Imparte instrucciones sobre la difusión de las nuevas Condiciones de Salud Garantizadas.

Circular IF N°119

Imparte instrucciones sobre la difusión de las nuevas Condiciones de Salud Garantizadas

Los textos originales se encuentran a disposición de los usuarios en las páginas Web de las Isapres que se han adherido a las Condiciones Tipo y en la página web de la Superintendencia de Salud:

www.superdesalud.cl

La recepción de este documento forma parte del FUN correspondiente.



CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

El presente Contrato de Salud Previsional es indefinido y las partes sólo podrán ponerle término por las causales estipuladas en él; se celebra en conformidad con lo dispuesto en el DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y en las Circulares emitidas por la Superintendencia de Salud, la ex Superintendencia de Isapres, y sus modificaciones.

Forman parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes:

- a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional;
- b) El Formulario de Declaración de Salud;
- c) Las Garantías Explícitas en Salud (GES);
- d) El Plan de Salud Complementario;
- e) La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC);
Nota: Isapre Chuquicamata no está adscrita a la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC). Por lo tanto esta Cobertura no se incluye en el presente Documento
- f) El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y
- g) Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas.

Isapre Chuquicamata Ltda.





CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

ÍNDICE.....	pág. 07
-------------	---------

TÍTULO I

BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1º Beneficiarios del Contrato.....	pág. 09
ARTÍCULO 2º Vigencia del Contrato de Salud e Inicio de Vigencia de sus Beneficios.....	pág. 10

TÍTULO II

BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3º Beneficios Mínimos Obligatorios.....	pág. 10
ARTÍCULO 4º Atenciones de Emergencia o Urgencia.....	pág. 11
ARTÍCULO 5º Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante.....	pág. 11
ARTÍCULO 6º Fallecimiento del Cotizante.....	pág. 12

TÍTULO III

BENEFICIOS CONVENCIONALES

A) Plan de Salud Complementario y su Modificación

ARTÍCULO 7º Plan de Salud Complementario.....	pág. 12
ARTÍCULO 8º Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado.....	pág. 13
ARTÍCULO 9º Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado.....	pág. 15

B) Pago de las Atenciones Médicas y Arancel de Prestaciones

ARTÍCULO 10º Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas.....	pág. 15
ARTÍCULO 11º Arancel de Prestaciones.....	pág. 16

TÍTULO IV

OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO

A) Obligaciones del Afiliado

ARTÍCULO 12º Obligaciones del Afiliado.....	pág. 17
ARTÍCULO 13º Declaración de Salud.....	pág. 18



B) Exclusiones y Restricciones de Cobertura

ARTÍCULO 14º: Exclusiones de Cobertura.....	pág. 18
ARTÍCULO 15º: Cobertura para Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas.....	pág. 19
ARTÍCULO 16º: Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas.....	pág. 19

C) Terminación del Contrato de Salud

ARTÍCULO 17º: Causales de Terminación del Contrato de Salud.....	pág. 20
--	---------

TÍTULO V

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 18º: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad.....	pág. 21
ARTÍCULO 19º: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud.....	pág. 22
ARTÍCULO 20º: Excedentes de Cotización.....	pág. 23
ARTÍCULO 21º: Adecuación del Contrato de Salud.....	pág. 24

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 22º: Autorización del Afiliado.....	pág. 24
ARTÍCULO 23º: Fiscalización y Mecanismos de Solución de Diferencias.....	pág. 25
ARTÍCULO 24º: Domicilio y Notificaciones.....	pág. 25
ARTÍCULO 25º: Fecha y Firma del Contrato.....	pág. 26

Estas Condiciones Generales han sido aprobadas por la Superintendencia de Salud y están puestas a disposición del afiliado tanto en la página web de la isapre, como en la página web de la citada Superintendencia. Tales condiciones son comunes e idénticas para todas las Instituciones de Salud Previsional que han adherido a su texto, dentro de las cuales se encuentra esta isapre.

Los beneficiarios del Contrato de Salud tendrán derecho, de conformidad a la ley, a las Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad contempladas en el Régimen General de Garantías en Salud; al otorgamiento del examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años, así como al pago de los subsidios por incapacidad laboral cuando proceda; al pago de las atenciones de emergencia o urgencia; y a los beneficios convencionales estipulados en el Plan de Salud Complementario pactado.



CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL APROBADAS POR LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

TÍTULO I

BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1º: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO

Son beneficiarios del presente Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) Los familiares beneficiarios del cotizante, es decir, aquellos que, respecto del cotizante, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no; y
- 3) Las cargas médicas cuya incorporación sea expresamente aceptada por la isapre, en dondeenterarán, cuando proceda, sus cotizaciones de salud.

Todos los beneficiarios del presente Contrato deberán ser consignados en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.).

a) Adquisición y pérdida de la calidad de familiar beneficiario: Por el sólo ministerio de la ley, se extenderán los efectos del Contrato a todo nuevo familiar beneficiario que declare el cotizante, suscribiendo el F.U.N. respectivo, y se extinguirán respecto de quienes pierdan dicha condición.

Cuando se adquiera o pierda la calidad de familiar beneficiario, el cotizante deberá informarlo y acreditarlo en la isapre, a la brevedad posible, para incorporar o excluir a dicho beneficiario mediante el F.U.N. respectivo.

Si la isapre toma conocimiento de la pérdida de la condición de familiar beneficiario podrá retirarlo del Contrato emitiendo el F.U.N. correspondiente desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del Contrato. En caso de no hacerlo, se entiende que la isapre optó por mantenerlo como carga médica.

b) Familiar beneficiario recién nacido: El familiar beneficiario recién nacido del cotizante será beneficiario del presente Contrato desde su nacimiento, si es inscrito en la isapre antes de cumplir un mes de vida. Cumplida esta condición, los beneficios se otorgarán desde su nacimiento, los que se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior del nacimiento, sin necesidad de llenar una Declaración de Salud.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación a la isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción y en este caso se deberá llenar una Declaración de Salud.



ARTÍCULO 2º: VIGENCIA DEL CONTRATO DE SALUD E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

El presente Contrato entra en vigor a partir de la fecha de su suscripción, consignada en el Formulario Único de Notificación, y sus beneficios tendrán vigencia a partir del primer día del mes subsiguiente a la suscripción del mismo, salvo pacto de vigencia anticipada de beneficios, del que se dejará constancia el FUN tipo 1.

Los nuevos beneficiarios incorporados al Contrato tendrán derecho a sus beneficios, a partir del primer día del mes subsiguiente a aquel en que se efectuó la respectiva incorporación.

Para los efectos de este Contrato y los demás efectos legales a que haya lugar, el mes de suscripción del Contrato corresponde al mes de anualidad del mismo, salvo que las partes lo modifiquen expresamente en los casos que sea procedente.

TÍTULO II

BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3º: BENEFICIOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS

Los beneficios mínimos que la isapre otorgará a sus afiliados y beneficiarios, consisten en:

1) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.966, cuyas condiciones para acceder a la cobertura se detallan en el anexo referido a esta materia, y que forma parte del presente Contrato.

El precio de las GES se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país, y se fija por la isapre en forma unitaria e igualitaria para todos los beneficiarios. Este precio es independiente del precio del Plan de Salud Complementario, y podrá ser modificado cada tres años, a menos que el Decreto que establece las Garantías Explícitas sea revisado en un período inferior.

Las exclusiones y restricciones de cobertura indicadas en los artículos 14º, 15º y 16º del presente Contrato, no se aplican a los beneficios de las GES, cuyo otorgamiento se efectuará por prestadores situados en el territorio nacional que, para tales efectos determine la isapre, y conforme a las modalidades y condiciones establecidas en la Ley N° 19.966.

2) El Examen de Medicina Preventiva a que tienen derecho los beneficiarios, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital respecto de aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias, según lo determine el Ministerio de Salud.

3) La atención de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo.

4) La atención del niño recién nacido y hasta los seis años de edad.

El Examen de Medicina Preventiva, control de embarazo y puerperio y control de salud del niño sano, serán otorgados en forma gratuita, en aquellas instituciones especializadas con las que la isapre convenga, y se realizarán de acuerdo con el procedimiento establecido por ésta.



Los procedimientos y mecanismos para el otorgamiento de los beneficios mínimos señalados en los Nos. 2), 3), y 4) precedentes, estarán contenidos en anexos referidos a esas materias, que se entregarán al momento de la suscripción del presente Contrato y estarán siempre actualizados, a disposición de los beneficiarios en las oficinas de la isapre para su consulta.

5) El pago de subsidios por incapacidad laboral, cuando ello sea procedente, por licencias médicas que no correspondan a accidentes del trabajo ni a enfermedades profesionales.

6) Cobertura Mínima: La cobertura del Plan de Salud Complementario no podrá ser inferior al 25% de la prevista en el mismo plan para la prestación genérica correspondiente, ni a la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a todas las prestaciones contempladas en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

ARTÍCULO 4º: ATENCIONES DE EMERGENCIA O URGENCIA CON RIESGO VITAL

Tratándose de atenciones de urgencia o emergencia, esto es, toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable, que estén debidamente certificadas por un médico cirujano, la isapre pagará directamente a las clínicas u hospitales el valor por las prestaciones recibidas por el respectivo beneficiario, hasta que éste se encuentre estabilizado, de modo que esté en condiciones de ser derivado. En tal caso, la ley prohíbe a los prestadores exigir a los afiliados o beneficiarios, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención.

Con todo, la isapre podrá recuperar aquella parte del valor pagado que, de acuerdo al Plan de Salud Complementario, sea de cargo del afiliado total o parcialmente, para lo cual, deberá informarle, por escrito, el monto de la deuda y las alternativas que ofrece para su pago. Si dentro de los 30 días hábiles siguientes a la expedición de la referida comunicación, el cotizante no paga la deuda o no conviene con la isapre una modalidad para su pago, se entenderá que la isapre le ha otorgado un préstamo por el referido valor, el cual deberá ser pagado en cuotas iguales y sucesivas, con vencimientos mensuales, en las que se incluirá el reajuste conforme al Índice de Precios al Consumidor y un interés equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional, a que se refiere el artículo 6 de la ley N° 18.010, las que no podrán exceder el 5% de la remuneración, renta o pensión imponible, tratándose de dependientes, independientes o pensionados, o a una suma equivalente al precio del Plan de Salud Complementario contratado, en el caso de cotizantes voluntarios.

Los afiliados independientes o voluntarios pagarán directamente a la isapre la cuota correspondiente, y los dependientes o pensionados deberán hacerlo a través de su empleador o entidad encargada del pago de la pensión. Con todo, durante los períodos de incapacidad laboral, la cuota deberá ser pagada directamente a la isapre por el afiliado.

La isapre podrá convenir con sus afiliados las garantías que estime pertinentes para asegurar el pago de lo adeudado, salvo la utilización de cheques.

Si al cabo de 5 años, contados desde la activación de este préstamo legal, la deuda no se hubiese pagado íntegramente, la isapre podrá liquidar el saldo insoluto y proponer al afiliado nuevas condiciones de pago.

ARTÍCULO 5º: BENEFICIARIO QUE ADQUIERE LA CALIDAD JURÍDICA DE COTIZANTE

En el evento que un beneficiario adquiera la calidad jurídica de cotizante, podrá optar por permanecer en la isapre suscribiendo un Contrato de Salud, en algún plan de aquellos que la isapre tenga en actual comercialización, en especial, aquéllos cuyo precio se ajuste al monto de la cotización legal del beneficiario.



En el nuevo Contrato, no podrán imponerse al beneficiario otras restricciones que las que ya se encuentren vigentes, ni exigírsele una nueva Declaración de Salud.

ARTÍCULO 6º: FALLECIMIENTO DEL COTIZANTE

En el evento que el cotizante fallezca una vez transcurrido un año de vigencia ininterrumpida de los beneficios contractuales, la Isapre mantendrá por un período no inferior a un año o aquél superior que se convenga en el Plan de Salud Complementario, contado desde el fallecimiento, todos los beneficios del Contrato de Salud vigente a la fecha en que se verificó tal circunstancia, a todos los beneficiarios declarados por aquél, entendiéndose incorporados en éstos al hijo que está por nacer y que habría sido su beneficiario legal de vivir el causante a la época de su nacimiento. Durante el período que rija el beneficio, la Isapre tendrá derecho a percibir las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por los beneficiarios del cotizante fallecido, cuando corresponda. A su término, el beneficiario podrá optar por contratar con la Isapre el mismo Plan de Salud Complementario, pagando el precio que resulte de multiplicar el precio base del mismo por el factor que corresponda a su sexo y edad, u otro plan de aquellos que la Isapre mantenga en actual comercialización, cuyo precio se ajuste al monto que por el beneficiario se enteraba en la Isapre, de acuerdo con la tabla de factores vigente en el plan del cotizante fallecido, o uno menor, si así lo solicita expresamente. En el caso de las personas beneficiarias adscritas a planes de salud grupales pactados en el porcentaje equivalente a la cotización legal, la isapre estará obligada a ofrecerles el mismo plan de salud grupal, debiendo éstas pagar las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por ellas.

Sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario puede renunciar al presente beneficio, optando por contratar directamente el mismo plan u otro en los términos señalados precedentemente.

En todo caso, en el nuevo Contrato que se suscriba, no podrán pactarse otras restricciones o exclusiones, que las que se encontraban vigentes en el Contrato que mantenía el cotizante fallecido con la Isapre, ni exigirse una nueva Declaración de Salud.

Los beneficiarios del cotizante fallecido no podrán hacer uso de los recursos acumulados en la cuenta corriente de excedentes, los que sólo podrán ser dispuestos por los herederos del cotizante.

TÍTULO III

BENEFICIOS CONVENCIONALES

A) PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 7º: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

En el Plan de Salud Complementario, se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios a cuyo financiamiento se obliga la isapre, su precio y las demás condiciones particulares que correspondan.

El Plan de Salud Complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos y efectos regula la ley:



- a) Plan libre elección, que es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la isapre.
- b) Plan cerrado, que es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las 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.
- c) Plan con prestadores preferentes, que es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

Tratándose de planes cerrados o con prestadores preferentes, se identificará en el Plan de Salud Complementario el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias, así como los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Tratándose de atenciones de urgencia, además, deberán mencionarse los procedimientos para acceder a los prestadores, y la cobertura que se otorgará a esas atenciones, sea que éstas se realicen por dichos prestadores o por otros distintos. En todo caso, con ocasión de una emergencia y habiendo ingresado a un prestador distinto a los señalados en el Plan de Salud Complementario, el afiliado tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan y la isapre, por su parte, a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas señaladas en el artículo 189 del D.F.L. N° 1.

Cualquiera sea la modalidad convenida, el Plan de Salud Complementario no podrá contemplar una cobertura inferior a la señalada en el artículo 3° N° 6 del presente Contrato.

ARTÍCULO 8°: PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO GRUPAL Y COMPENSADO

El Plan de Salud Complementario puede ser individual o grupal (también denominados colectivos). Los planes individuales pueden ser, a su vez, compensados. Las disposiciones del presente artículo serán aplicables sólo al Plan de Salud Complementario grupal y al Plan de Salud Complementario individual compensado. Cuando un Plan de Salud Complementario tenga alguna de las referidas calidades, se dejará constancia escrita de ello en el F.U.N. respectivo.

a) Plan de Salud Complementario grupal o colectivo: Por el hecho de pertenecer el cotizante a una determinada empresa o grupo de dos o más trabajadores, se podrá convenir con la isapre el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener con la sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia. Todos los beneficios a que tengan derecho las personas cotizantes y beneficiarias se estipulan en forma expresa en el Plan de Salud Complementario. Además, el plan grupal deberá enumerar las condiciones de vigencia del mismo, esto es, aquellos hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrá dar lugar a la modificación del plan, como asimismo, indicar los requisitos que, en forma individual, debe reunir la población cotizante para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

En el evento que, por cualquier causa, se eliminen los beneficios adicionales por el cese de las condiciones bajo las cuales se otorgaron, ello sólo podrá dar origen a modificaciones contractuales relativas al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, pudiendo siempre el afiliado desahuciar el Contrato. Con todo, la Institución deberá ofrecer al cotizante un nuevo Plan de Salud Complementario, el cual, en caso alguno, podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener de acuerdo a la cotización legal a que dé origen la remuneración del trabajador en el momento de modificarse su Contrato. De igual modo deberá proceder la isapre, en caso que el término del Plan de Salud Complementario grupal para el afiliado tenga su origen en el término de su relación laboral con la empresa, desde el momento en que le conste tal circunstancia, sin perjuicio de la obligación del cotizante de informarla.



Si cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del Plan de Salud Complementario grupal, la isapre podrá optar por modificarlo o, derechamente, ponerle término, de acuerdo a lo que a continuación se expresa:

i) Modificación del Plan de Salud Complementario grupal: En caso de modificarse el Plan de Salud Complementario grupal por el cese de algunas o todas las condiciones bajo las cuales se pactó, la isapre deberá comunicar por escrito este hecho a todas las afiliadas o afiliados, a fin de poder convenir con las personas cotizantes la modificación del monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, lo que deberá ser aceptado por cada una de ellas.

Dichas modificaciones serán formalizadas mediante la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario grupal y del F.U.N. respectivo, lo que no será necesario si en la contratación del plan o en forma posterior se ha mandatado, a una o más personas que los representen para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes.

En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga la modificación del Plan de Salud Complementario grupal.

ii) Ofrecimiento de un Plan individual por término del Plan grupal: Si no se llega a un acuerdo con las o los cotizantes o sus representantes comunes sobre las modificaciones contractuales del plan grupal, la isapre comunicará, por escrito, a las personas afiliadas, el término del Plan de Salud Complementario grupal y la alternativa de optar por los planes individuales de que dispone para ellas, o bien, desafiliarse. La oferta de planes, como mínimo, deberá contemplar el Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la isapre y que tenga el precio que más se ajusta al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el Plan de Salud Complementario grupal.

El afiliado deberá optar por alguna alternativa que le propone la isapre, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal.

Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo F.U.N., quedando en poder del cotizante una copia de cada documento. Si la aceptación es tácita, la isapre emitirá y firmará el F.U.N. correspondiente, y lo remitirá por carta certificada al cotizante antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo Plan de Salud Complementario.

El Plan de Salud Complementario grupal se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la isapre.

b) Plan de Salud Complementario compensado: Las partes podrán convenir que el afiliado se adscriba a un Plan de Salud Complementario cuyo precio sea superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la isapre. En el evento que dicha compensación sea efectuada entre cónyuges, el plan pasará a denominarse matrimonial.

En caso de término de la compensación, la isapre comunicará al otro cotizante, por escrito, dicha terminación y la opción de mantener el plan al cual estaba adscrito, pagando la cotización adicional cuando corresponda; suscribir un Plan de Salud Complementario que se encuentre comercializando la isapre y que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal al momento de terminarse la compensación, o bien, desafiliarse. El afiliado deberá optar por alguna de las alternativas que le propone la isapre, hasta el último



día hábil del mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan ofrecido por la isapre que más se ajusta a su cotización legal. Si la aceptación es expresa, las partes suscribirán el plan convenido y el respectivo F.U.N., quedando en poder del cotizante una copia de cada documento. Si la aceptación es tácita, la isapre emitirá el F.U.N. correspondiente, firmado sólo por ésta, y lo remitirá por carta certificada al cotizante antes de la entrada en vigencia de los beneficios del nuevo plan. El Plan de Salud Complementario compensado se mantendrá vigente hasta el último día del mes siguiente a aquél en que expire el plazo concedido al cotizante para pronunciarse sobre el Plan de Salud Complementario propuesto por la isapre.

ARTÍCULO 9º: MODIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO A PETICIÓN DEL AFILIADO

La isapre deberá ofrecer un nuevo Plan de Salud Complementario si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en su cesantía, o en una variación permanente de su cotización legal, o de la composición de su grupo familiar, circunstancias que deberán acreditarse documentadamente ante la isapre.

B) PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS Y ARANCEL DE PRESTACIONES

ARTÍCULO 10º: MODALIDADES DE PAGO DE LAS ATENCIONES MÉDICAS

Las partes acuerdan que las modalidades con que operará la isapre para que el afiliado y los beneficiarios puedan acceder y pagar las prestaciones y beneficios de salud, tanto hospitalarios como ambulatorios, serán las siguientes:

a) Orden de Atención Médica o Bono: Opera con aquellos prestadores individuales e institucionales de salud, que hayan convenido con la isapre recibir este documento como medio de pago.

Este documento es personal e intransferible y será emitido por la isapre, debiendo pagar el afiliado al momento de adquirirlo, el monto correspondiente a la parte no bonificada o copago.

La Orden de Atención Médica o Bono tendrá un plazo de vigencia de 30 días corridos, contado desde la fecha de su emisión. Sólo dentro de dicho plazo, podrá ser utilizada o devuelta a la isapre para su anulación y recuperación del monto del copago.

b) Pago directo con reembolso posterior: Opera cuando el afiliado paga el valor total de la prestación en forma directa al prestador individual o institucional, solicitando posteriormente a la isapre el pago o reembolso de la bonificación que le corresponde por tal prestación, según su Plan de Salud Complementario.

Para estos efectos, el beneficiario debe entregar a la isapre la boleta o factura original del prestador individual o institucional u otro documento auténtico, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada, en la que debe estar claramente indicado lo siguiente:

- Nombre del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos, con su firma y timbre;
- RUT del prestador institucional e individual que entregó la atención, en caso de ser distintos;
- Nombre y RUT del paciente;
- Detalle con el nombre y fecha de las prestaciones otorgadas;



Isapre Chuquicamata Ltda.

- Valor de la prestación.

El reembolso deberá ser solicitado dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura, y siempre que tal documento haya sido emitido en razón de prestaciones otorgadas dentro del período de vigencia de beneficios; de no ser así, el beneficiario pierde el derecho a recibir la bonificación correspondiente.

El reembolso se efectuará mediante dinero efectivo, cheque u otro medio que convengan las partes, según lo determine la isapre, exclusivamente al afiliado o beneficiario o a quien los represente legalmente, dentro del plazo de 30 días hábiles contado desde la solicitud.

c) Programa de Atención Médica o PAM: Opera este sistema por las prestaciones otorgadas en forma hospitalaria y también respecto de algunas ambulatorias que determine la isapre.

En aquellos casos en que el prestador no entregue directamente el Programa de Atención Médica a la isapre para su tramitación, el afiliado o beneficiario deberá presentar a la isapre el Programa de Atención Médica dentro del plazo de 60 días corridos desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso. La isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de 60 días corridos desde la presentación del PAM.

d) Modalidades especiales de pago con determinados prestadores: La isapre podrá convenir con determinados prestadores modalidades de pago distintas a las indicadas precedentemente, informando debidamente a los afiliados. Entre ellos, se considera el uso de transacciones por medios de transmisión electrónica de datos.

Los beneficiarios, al requerir las Ordenes de Atención Médica o Bonos y los Reembolsos, como asimismo, para tramitar Programas de Atención Médica, deberán exhibir la credencial de la isapre y acreditar su identidad con la cédula respectiva o con algún otro instrumento o característica identificatoria que la isapre acepte. Si la petición la hace una persona distinta del afiliado o beneficiario, aquella deberá exhibir su propia cédula de identidad, la credencial de la isapre, la cédula de identidad del beneficiario y el poder correspondiente.

En todo caso, las bonificaciones se pagarán considerando los valores reales de las prestaciones, aplicándose sobre éstos, los porcentajes, topes y máximos de bonificación señalados en el respectivo Plan de Salud Complementario. Si, requerida la isapre para el otorgamiento de los beneficios pactados, estima, con los antecedentes que tenga en su poder, que no corresponde otorgar la cobertura solicitada, deberá manifestárselo expresamente y por escrito al interesado, en el plazo de 20 días hábiles, contado desde la presentación de la solicitud respectiva. La referida comunicación, deberá entregarse personalmente al interesado o remitirse al cotizante, por carta certificada, al último domicilio registrado en la isapre, de acuerdo a lo establecido en el N° 10 del artículo 12 del presente Contrato.

ARTÍCULO 11º: ARANCEL DE PRESTACIONES

El Arancel de Prestaciones es un catálogo valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del Fondo Nacional de Salud en su modalidad de libre elección. El Arancel será utilizado para determinar las prestaciones comprendidas en el Contrato de Salud y la cobertura que a éstas corresponda, y será reajustado en la forma y condiciones que señale el Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá ser identificado en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose, además, la unidad en que se expresa.

La isapre podrá crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel. Dichas normas no formarán parte del presente Contrato y, en ningún caso, podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.



TÍTULO IV

OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO

A) OBLIGACIONES DEL AFILIADO

ARTÍCULO 12º OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Las principales obligaciones del afiliado son las siguientes:

1. Proporcionar información completa y verdadera, tanto al momento de su incorporación a la isapre como en cada una de las modificaciones que experimente su Contrato de Salud, acerca de los antecedentes, suyos o de sus beneficiarios, referidos, especialmente, a la calidad laboral y monto de sus ingresos.
2. Declarar de manera fidedigna toda la información que la isapre requiera en la Declaración de Salud, tanto de su situación personal como de cada uno de sus beneficiarios. Tratándose de enfermedades o condiciones preexistentes, la información completa y verdadera deberá ser proporcionada al suscribir el Contrato de Salud o a la incorporación del beneficiario, cuando ésta fuere posterior.
3. Dar cuenta a la isapre por escrito y dentro del más breve plazo, el término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de los componentes del mismo, ajustando sus condiciones a la nueva situación. En el mes de marzo de cada año, deberá acreditar ante la isapre, la condición de familiar beneficiario de los hijos mayores de 18 años.
4. Declarar y pagar en forma íntegra y oportuna el precio del Plan de Salud Complementario pactado y el precio de los beneficios que conforman la cotización, según el artículo 19 de este Contrato, tratándose de un afiliado independiente, cotizante voluntario, imponente voluntario o cesante.
5. Hacer correcto uso de los beneficios y prestaciones que otorga el presente Contrato, tanto el afiliado como sus beneficiarios. Entre otras, se entenderá como falta a esta obligación la solicitud o percepción de beneficios fraccionando valores o tarifas del prestador, o fundados en documentos o diagnósticos falsos, prestaciones no realizadas, documentos adulterados u otorgados a personas distintas del cotizante o de sus beneficiarios registrados en la isapre, u obtenidas de prestadores diferentes al indicado en el documento, o la presentación de documentos incompletos o con omisión de información para la obtención de beneficios superiores o distintos a los que le correspondan.
6. Cumplir con los exámenes, controles, peritajes e interconsultas que la Contraloría Médica de la isapre en uso de sus facultades le ordene realizar y entregarle toda la documentación que aquélla le requiera acerca de sus antecedentes de salud. El costo de tales exámenes, controles, peritajes e interconsultas serán de cargo de la isapre.
7. Comunicar a la isapre, dentro de los diez días siguientes contados desde la fecha en que se hayan producido, cualquiera de los siguientes hechos:
 - a) Cambio, adición o eliminación de empleador
 - b) Cesantía
 - c) Modificación de la situación previsional



8. Informar a la isapre la pérdida o robo de la credencial y/o cédula de identidad de cualquiera de los beneficiarios del Contrato, dentro de los diez días siguientes a la fecha en que tomó conocimiento de alguno de los hechos mencionados.
9. Adjuntar la documentación pertinente, cada vez que solicite un beneficio, que acredite fehacientemente su procedencia.
10. Informar a la isapre todo cambio de domicilio que se produzca durante la vigencia de este Contrato, personalmente o mediante carta certificada, fax, formulario diseñado por la isapre, u otro medio escrito, dentro de los diez días siguientes de producido el cambio. La isapre deberá proporcionar al afiliado un documento en que conste el cumplimiento de su obligación.
11. Colaborar con la isapre en el cumplimiento, por parte de ésta, de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

ARTÍCULO 13º: DECLARACIÓN DE SALUD

Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes deberán ser registradas fidedignamente por el afiliado en el documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la isapre. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Sólo en este documento se podrán convenir las restricciones de cobertura. La Declaración de Salud forma parte esencial del Contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

B) EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA

ARTÍCULO 14º: EXCLUSIONES DE COBERTURA

Del Plan de Salud Complementario sólo se excluyen de cobertura las siguientes prestaciones:

- a) Cirugía plástica con fines de embellecimiento u otras prestaciones con el mismo fin. No se considerarán con fines de embellecimiento las cirugías plásticas destinadas a corregir malformaciones o deformaciones sufridas por la criatura durante el embarazo o el nacimiento, ni la destinada a reparar deformaciones sufridas por un accidente, ni las que tengan una finalidad estrictamente curativa o reparadora.
- b) Atención particular de enfermería, salvo que se trate de prestaciones que se encuentren en el Arancel Fonasa en la modalidad libre elección.
- c) Hospitalización con fines de reposo.
- d) Prestaciones cubiertas por otras leyes hasta el monto de lo cubierto. A solicitud del afiliado, la isapre deberá cobrar el seguro obligatorio de accidentes personales a que se refiere la ley N° 18.490 directamente en la Compañía de Seguros correspondiente.
- e) Las que requiera un beneficiario como consecuencia de su participación en actos de guerra.



- f) Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas.
- g) Prestaciones otorgadas fuera del territorio nacional, salvo que el Plan de Salud Complementario indique lo contrario, caso en el cual procederá la cobertura en los términos y bajo las condiciones que allí se convengan.
- h) Todas aquellas prestaciones y medicamentos, en este último caso de carácter ambulatorio, no contemplados en el Arancel de la isapre. Sin el consentimiento de la isapre no procederá la homologación de prestaciones, salvo que la Superintendencia la ordene en casos excepcionales conforme a la Ley N° 18.933, contenida en el D.F.L. N° 1.

ARTÍCULO 15°: COBERTURA PARA ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES DECLARADAS

Se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud, que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

a) Enfermedades o condiciones de salud preexistentes declaradas: Las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas por el afiliado o sus beneficiarios, tendrán una cobertura financiera no inferior a la que otorga el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección, ni al 25% de la prevista en el mismo Plan de Salud Complementario para la prestación genérica correspondiente, por un plazo de dieciocho meses contado desde el primer día del mes siguiente al de suscripción del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el solo propósito de ser aceptado en la isapre, en casos calificados, y conforme con las instrucciones que dicte al efecto la Superintendencia de Salud, el futuro afiliado podrá solicitar por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, la extensión de la restricción de cobertura por 18 meses más, durante los cuales las prestaciones asociadas a dicha enfermedad, patología o condición de salud preexistente declarada tendrán, a lo menos, la cobertura que contempla el arancel Fonasa en la modalidad libre elección.

Transcurridos los plazos señalados precedentemente, según corresponda, las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas se cubrirán conforme al plan convenido.

b) Cobertura por atención de parto: La cobertura por las prestaciones originadas en la atención del parto, será como mínimo, equivalente a la proporción entre el número de meses de vigencia de los beneficios que tenga la beneficiaria al momento de producirse el parto y el número total de meses de duración del embarazo, de acuerdo al Plan de Salud Complementario convenido.

ARTÍCULO 16°: ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD P REEXISTENTES NO DECLARADAS

La isapre concurrirá al pago de las prestaciones por enfermedades o condiciones de salud preexistentes no declaradas, en los mismos términos estipulados en el Contrato para prestaciones originadas por enfermedades o condiciones de salud no preexistentes cubiertas por el plan, si se acredita que la omisión se debió a justa causa de error o cuando haya transcurrido un plazo de 5 años, contados desde la suscripción del Contrato o la incorporación del beneficiario, en su caso, sin que el beneficiario haya requerido atención médica por la patología o condición de salud preexistente, durante los antedichos cinco años. En estos casos, tampoco procederá la terminación del Contrato de Salud. Se presumirá la mala fe si la isapre probare que el afiliado ocultó el hecho de la atención a fin de favorecerse de esta disposición.



C) TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

ARTÍCULO 17º CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

El presente Contrato de Salud no podrá dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por algunas de las siguientes causales:

a) Incumplimiento de las obligaciones del afiliado.

La isapre sólo podrá poner término al Contrato de Salud, cuando el cotizante incurra en alguno de los siguientes incumplimientos contractuales:

1) Falsear o no entregar de manera fidedigna toda la información en la Declaración de Salud, en los términos del artículo 190 del DFL N° 1, de Salud, salvo que el afiliado o beneficiario demuestren justa causa de error.

La simple omisión de una enfermedad preexistente no dará derecho a terminar el contrato, salvo que la isapre demuestre que la omisión le causa perjuicios y que, de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado.

2) No pago de cotizaciones por parte de los cotizantes en situación de cesantía, voluntarios e independientes, tanto aquellos que revistan tal calidad al afiliarse como los que la adquieran posteriormente por un cambio en su situación laboral. Previo al ejercicio de esta facultad, la isapre deberá haber comunicado al afectado del no pago de la cotización y de sus posibles consecuencias, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

3) Impetrar formalmente u obtener indebidamente, para él o para alguno de sus beneficiarios, beneficios que no les correspondan o que sean mayores a los que procedan. Igual sanción se aplicará cuando se beneficie a un tercero ajeno al Contrato.

La isapre podrá perseguir las responsabilidades civiles o criminales a que diere lugar el término del Contrato de Salud, en contra de quienes resulten responsables.

4) Omitir del Contrato a algún familiar beneficiario de los indicados en las letras b) y c) del artículo 136 del D.F.L. N° 1, con el fin de perjudicar a la isapre.

Para ejercer la facultad de poner término al Contrato, la isapre deberá comunicar por escrito tal decisión al cotizante dentro del plazo de noventa días contado desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación. Efectuada tal comunicación, los beneficios, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas, seguirán siendo de cargo de la isapre, hasta el término del mes siguiente a la fecha de su comunicación o hasta el término de la incapacidad laboral, en caso de que el cotizante se encuentre en dicha situación y siempre que este plazo sea superior al antes indicado.

El cotizante podrá reclamar a la Superintendencia de esta decisión, dentro del plazo de vigencia de los beneficios antes indicados. Efectuado el reclamo, se mantendrá vigente el Contrato hasta la resolución de éste, con excepción de las prestaciones derivadas de enfermedades preexistentes no declaradas.

El derecho de la Institución de Salud Previsional a poner término al Contrato caducará después de noventa días contados desde que tome conocimiento del hecho constitutivo de la causal de terminación.



b) Incumplimiento de las obligaciones de la isapre.

Este incumplimiento deberá ser declarado por la Superintendencia de Salud o la Justicia Ordinaria, a solicitud del afiliado.

c) Desahucio del afiliado.

El afiliado podrá, una vez transcurrido el primer año de vigencia de beneficios contractuales, desahuciar el presente Contrato de Salud.

Para estos fines, el afiliado enviará una comunicación escrita a la isapre, adjuntando las copias que sean necesarias para que la isapre notifique a las entidades encargadas del pago de la cotización. Esta comunicación deberá presentarse en la isapre con una antelación de, a lo menos, un mes del cumplimiento del primer año de beneficios contractuales o de la fecha posterior en que se hará efectiva la desafiliación y deberá contener, además de su voluntad inequívoca de desafiliarse, su nombre completo, el número de su cédula nacional de identidad, su domicilio, el nombre del asegurador público o privado al que ingresará, fecha y firma.

Si a la fecha de término del Contrato por desahucio o por mutuo acuerdo de los contratantes, el cotizante está en situación de incapacidad laboral, el Contrato se extenderá de pleno derecho hasta el último día del mes en que finalice dicha incapacidad y mientras no se declare su invalidez.

d) Cesantía.

El afiliado puede solicitar a la isapre el término de su Contrato de Salud, incluso antes de cumplir un año de vigencia de los beneficios contractuales, si la petición la fundamenta en su situación de cesantía, la que deberá ser debidamente acreditada ante la isapre, y siempre que no sea posible utilizar los excedentes de cotizaciones para pagar lo indicado en el inciso primero del artículo 19 de este Contrato.

e) Mutuo acuerdo.

f) Fallecimiento del afiliado, en caso que se renuncie al beneficio señalado en el artículo 6° del presente Contrato.

g) Cierre del registro de la isapre.

h) Desafiliación con ocasión de la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud.

TÍTULO V

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 18°: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU REAJUSTABILIDAD

El precio deberá constar en el Plan de Salud Complementario y se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de Planes de Salud Complementarios grupales y los Contratos a que se refiere el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1, el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.



El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del “precio base”, que corresponde al asignado por la isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente.

El precio final del Plan de Salud Complementario podrá variar por los siguientes motivos:

- a) Por revisión y adecuación del Contrato de Salud conforme al inciso tercero del artículo 197 del D.F.L. N° 1.
- b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.
- c) Por el aumento o reducción del factor que corresponda al afiliado o beneficiario en razón de su edad, según la Tabla de Factores antes referida. El precio del Plan de Salud Complementario variará desde el mes siguiente en que se cumpla la anualidad.
- d) Por reajuste anual, una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, tratándose de planes pactados en pesos. El índice de variación que utilizará y la fecha de su aplicación deberán consignarse en el Plan de Salud Complementario.

ARTÍCULO 19º MONTO, DECLARACIÓN Y PAGO DE LA COTIZACIÓN PARA SALUD

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquél en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la isapre o en las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Para tales efectos, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En caso de no pago de la cotización pactada para salud, la isapre deberá informar tal circunstancia al afiliado, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

La falta de pago de la cotización por parte del empleador o por parte de la entidad encargada del pago de la pensión, no faculta a la isapre para poner término al Contrato, ni para suspender el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. En el evento que el cotizante dependiente perdiera su calidad de tal por cualquier causa, será considerado para los efectos de este Contrato, como afiliado en situación de cesantía, y en tal caso, será el obligado directo del pago de la cotización para salud.

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, señalada en el



párrafo ante precedente, además, impedirá a la isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

ARTÍCULO 20º EXCEDENTES DE COTIZACIÓN

Toda vez que se produjeran excedentes de la cotización legal en relación con el precio de las Garantías Explícitas en Salud y el precio del plan convenido, serán inembargables y de propiedad del afiliado e incrementarán una cuenta corriente individual que la isapre abrirá en favor del afiliado, cuyos fondos semestralmente se reajustarán y devengarán el interés establecido en la ley.

El afiliado sólo podrá renunciar a ellos para destinarlos a financiar los beneficios adicionales de los planes de salud individuales compensados, de los planes grupales y los celebrados con isapres cerradas. Esta renuncia sólo producirá efectos hacia el futuro y será válida hasta que el afiliado opte por retractarse de ella, o bien, cuando, por cualquier causa, cambie de plan de salud. Los documentos que den cuenta de tales convenciones formarán parte integrante del presente Contrato.

Al momento de celebrarse el Contrato de Salud, el monto de los excedentes no podrá ser superior al 10% de la cotización legal para salud, calculada sobre el monto promedio de los últimos tres meses de la remuneración, renta o pensión según sea el caso, sin perjuicio del tope legal establecido. Con todo, la totalidad de los excedentes siempre incrementará la cuenta corriente individual del cotizante.

Los fondos acumulados pueden ser requeridos por el afiliado en cualquier momento, para alguno de los siguientes fines:

- 1) Cubrir las cotizaciones en caso de cesantía.
- 2) Copago, esto es, aquella parte de la prestación que es de cargo del afiliado.
- 3) Financiar prestaciones de salud no cubiertas por el Contrato.
- 4) Para pagar las cuotas de los préstamos de salud que la Institución de Salud Previsional le hubiese otorgado al afiliado.
- 5) Cubrir cotizaciones adicionales voluntarias.
- 6) Financiar un Plan de Salud Complementario cuando el afiliado reúna los requisitos que la ley establece para pensionarse, durante el lapso comprendido entre la solicitud de la jubilación y el momento en que ésta se hace efectiva.

En caso de existir un crédito otorgado por el deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y/o por el copago de la atención de urgencia, el afiliado faculta expresamente a la Isapre para que ésta se pague de los excedentes existentes a la fecha y los futuros excedentes.

La Isapre cobrará semestralmente al afiliado por la mantención de la cuenta corriente de excedentes, un porcentaje cuyo monto máximo será fijado por la Superintendencia.



La Isapre informará al afiliado el estado de la cuenta corriente, con un detalle del monto acumulado debidamente actualizado, ante su requerimiento y, al cumplirse las respectivas anualidades y al terminar el Contrato de Salud.

ARTÍCULO 21º: ADECUACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD

Anualmente, en el mes de suscripción del Contrato, la isapre podrá revisar los Contratos, pudiendo sólo modificar el precio base del Plan de Salud Complementario, en condiciones generales que no importen discriminación entre los afiliados de un mismo plan. Las revisiones no podrán tener en consideración el estado de salud del afiliado y/o beneficiario. Estas condiciones generales deberán ser las mismas que se estén ofreciendo a esa fecha a los nuevos contratantes en el respectivo plan.

La adecuación propuesta deberá ser comunicada al afectado mediante carta certificada expedida con, a lo menos, tres meses de anticipación al vencimiento del período anual. En tales circunstancias, el afiliado podrá aceptar el Contrato con la adecuación de precio propuesta por la isapre, y en el evento que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta.

En la misma oportunidad y forma que se comunique la adecuación, la isapre deberá ofrecer uno o más planes alternativos cuyo precio base sea equivalente al vigente, a menos que el precio del plan que se adecua corresponda al plan con menor precio en la isapre. Los planes alternativos que se ofrezcan, deberán ser idénticos para todos los afiliados del plan cuyo precio se adecua, los que, en caso de rechazar la adecuación, podrán aceptar alguno de los planes alternativos que se les ofrezca, o bien, desafiliarse.

La Superintendencia podrá dejar sin efecto alzas de precios que no se ajusten a lo señalado precedentemente.

SITUACIONES ESPECIALES

Si en la revisión anual del Contrato, el monto de los excedentes a destinar a la cuenta corriente individual supera el 10% de la cotización legal para salud, la isapre estará obligada a ofrecer al afiliado un Plan de Salud alternativo cuyo precio más se aproxime al Plan actualmente convenido; en ningún caso, el afiliado estará obligado a suscribir el Plan de Salud alternativo. De igual modo podrá proceder, si se produce el término o modificación del convenio con el prestador institucional cerrado o preferente.

Con todo, se podrán efectuar modificaciones de los beneficios contractuales por mutuo acuerdo de las partes, lo que dará origen a la suscripción de un nuevo Plan de Salud Complementario de entre los que se encuentre comercializando la Isapre.

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 22º: AUTORIZACIÓN DEL AFILIADO

Cada vez que el afiliado o un beneficiario solicite a la isapre un beneficio cualquiera del Contrato de Salud, se entenderá que la faculta para requerir de los prestadores, sean éstos públicos o privados, la entrega de la certificación médica que sea necesaria para decidir respecto de la procedencia de tal beneficio. La isapre adoptará las medidas necesarias para mantener la confidencialidad de estas certificaciones.



Si la isapre considera que la información proporcionada por el prestador es incompleta, imprecisa o teme fundadamente que no se ajusta a la verdad, podrá designar un médico cirujano independiente de las partes, que se encuentre inscrito en un registro que para estos efectos llevará la Superintendencia, para que revise personalmente la ficha clínica. Si de la revisión resulta que no corresponde otorgar la cobertura financiera solicitada, la isapre lo informará al afiliado, el que podrá recurrir ante la Superintendencia, a fin de que ésta resuelva la controversia.

El afiliado o beneficiario otorga autorización a la isapre para cobrar el seguro de accidentes del tránsito a que se refiere la Ley N° 18.490, a que tuviera derecho.

Asimismo, en virtud del artículo 191 del D.F.L. N° 1, la isapre está autorizada para subrogar al afiliado o beneficiario en los derechos y acciones que éste tenga contra terceros, en razón de los hechos que hicieron necesaria la respectiva prestación, y hasta el monto que corresponda a lo que la isapre haya pagado u otorgado.

ARTÍCULO 23º: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS

La isapre está afectada a la supervigilancia y control de la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. El Intendente de Fondos y Seguros Previsionales de Salud podrá conocer las diferencias que surjan entre la isapre y sus cotizantes o beneficiarios a través de un reclamo administrativo o una demanda arbitral. En este último caso, actuará en calidad de árbitro arbitrador y resolverá las controversias que queden dentro de la esfera de supervigilancia y control que le compete a la Superintendencia, y sin perjuicio de que el afiliado pueda optar por recurrir a la justicia ordinaria.

En todo caso, las partes podrán someter dicha dificultad, previamente, a mediación.

No obstante, los reclamos por rechazos o modificaciones de licencias médicas y cálculo de los subsidios por incapacidad laboral deberán efectuarse ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), correspondiente al domicilio indicado en este Contrato, dentro de los quince días hábiles siguientes a la recepción del pronunciamiento de la isapre. Si la isapre no cumple lo resuelto por la COMPIN competente, el cotizante podrá solicitar el pago de los referidos subsidios a la Superintendencia de Salud.

ARTÍCULO 24º: DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

Para todos los efectos del presente Contrato, las partes acuerdan que el domicilio del afiliado corresponderá al último informado por el contratante por escrito a la isapre y allí se enviarán todas las comunicaciones, en tanto el cotizante no informe su cambio, cuando corresponda.

Isapre Chuquicamata Ltda.



ARTÍCULO 25º: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO

Con fecha _____ del mes de _____ del año _____ se suscribe el presente contrato, en duplicado, quedando un ejemplar en poder del afiliado y otro en poder de la isapre.

.....
FIRMA AFILIADO

.....
FIRMA ISAPRE



CONDICIONES PARTICULARES PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES (PPI)

	<u>Página</u>
PRIMERO: GENERALIDADES	29
SEGUNDO: COBERTURA	29
TERCERO: VIGENCIA	30
CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO	30
QUINTO: PRECIO	30
SEXTO: BENEFICIARIOS	30
SEPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS	30
7.1 Programa del niño	30
7.1.1 Control del desarrollo psicomotor, estado nutricional, obesidad, registro y consejería de inmunizaciones PAI	31
Recién Nacidos	
7.1.2 Fenilcetonuria	31
7.1.3 Hipotiroidismo Congénito	32
7.1.4 Displasia del Desarrollo de Caderas	32
Lactantes	
7.1.5 Displasia del Desarrollo de Caderas	32
Niños y Niñas entre 2 y 5 años	
7.1.6 Sobre peso y Obesidad	32
7.1.7 Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visua	32
7.1.8 Detección de malos hábitos bucales	32
7.2 Programa control del embarazo	33
7.2.1 Control médico y de matrona	33
7.2.2 Diabetes Mellitus Gestacional	33
7.2.3 Infección por virus de inmunodeficiencia humana	33
7.2.4 Sífilis	33
7.2.5 Infección Urinaria	34
7.2.6 Sobrepeso y Obesidad	34
7.2.7 Hipertensión Arterial	34
7.2.8 Beber Problema	34
7.2.9 Tabaquismo	34
7.3 Programa del adulto y del adulto mayor	35



Personas de 15 años y más	
7.3.1 Promoción del ejercicio	35
7.3.2 Beber problema	35
7.3.3 Tabaquismo.....	35
7.3.4 Sobrepeso y Obesidad	35
7.3.5 Hipertensión arterial	36
7.3.6 Diabetes Mellitus	36
7.3.7 Sífilis	36
7.3.8 Tuberculosis	36
Mujeres desde 25 a 64 años	
7.3.9 Cáncer cervicouterino.....	36
Personas de 40 y más años	
7.3.10 Dislipidemia	37
Mujeres de 50 y hasta 55 años	
7.3.11 Cáncer de mama	37
Adulto de 65 y más años	
7.3.12 Evaluación funcional para una vida autovalente.....	37
Mayores de 35 años	
7.3.13 Prevención cardiovascular en población de riesgo.....	37
Mujeres en Edad Fértil	
7.3.14 Promoción consumo de ácido fólico, hierro y calcio.....	37
Anexo N°1 Objetivos según control	38



CONDICIONES PARTICULARES PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES (PPI)

Por el presente instrumento, se pone en su conocimiento los beneficios y funcionamiento del Plan Preventivo de Isapres (PPI).

El PPI incluye la totalidad de las prestaciones, procedimientos, exámenes, intervenciones y métodos incluidos en el DS N°1, del 2010, del Ministerio de Salud, en la Resolución Exenta N°1.236, de 2009, del Ministerio de Salud que regula el Examen de Medicina Preventiva y en las Normas Técnicas de Carácter obligatorio que el Ministerio de Salud dicte con el objeto de uniformar los criterios de ejecución, de medición y validación de los exámenes, para el grupo de población que corresponda.

Complementariamente se presentan otras prestaciones que las Isapres han incorporado voluntariamente para entregar a sus beneficiarios.

PRIMERO: GENERALIDADES

El Plan preventivo de Isapres (PPI) detalla las coberturas referidas a las bonificaciones contenidas en dicho plan, ordenados de acuerdo a lo siguiente: Programa Preventivo del niño, Programa Control del Embarazo y Programa Preventivo del Adulto y del adulto mayor.

SEGUNDO: COBERTURA

Las prestaciones que no se encuentren detalladas en el Plan Preventivo de Isapres (PPI) mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios y de las GES que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario decidirá cuando solicitar las coberturas del PPI cuando corresponda de acuerdo a los procedimientos indicados por la Isapre. La cobertura sólo operará si el beneficiario cumple con el procedimiento y además se atiende en el prestador referido por la Isapre.

En lo que corresponda a las prestaciones contempladas en la GES, este Plan Preventivo de Isapres lo complementa y amplía.

La cobertura financiera para el Plan Preventivo de Isapres será de un 100% del valor de las prestaciones.



TERCERO: VIGENCIA

La vigencia de las prestaciones que corresponden al Plan Preventivo de Isapres (PPI) y los beneficios mínimos está sujeta a las disposiciones legales y reglamentarias respectivas. No obstante, la cobertura de aquellas prestaciones incluidas voluntariamente por las Isapres -adicionales a las definidas legal y reglamentariamente- será revisada durante el mes de mayo de 2009, pudiendo la Isapre excluir o reemplazar dichas prestaciones, a contar de esa fecha.

CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO

1. Para tener derecho a las coberturas indicadas en el Plan Preventivo de Isapres (PPI), los afiliados y beneficiarios deberán atenderse con el prestador de salud que, para cada caso específico, determine la Isapre. En caso contrario no podrá invocar este beneficio y no procederá la cobertura de dichas prestaciones.
2. Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional y referido explícitamente por la Isapre. El traslado del beneficiario al prestador referido, es de su cargo y responsabilidad.
3. Las coberturas del PPI se aplicarán a los exámenes y prestaciones asociadas a dicho plan.

Todas las demás prestaciones, no obstante se realicen en el prestador indicado por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario de salud.

QUINTO: PRECIO

Las prestaciones del Plan Preventivo de Isapres no tiene costo adicional al plan de salud complementario, siempre que se entreguen en las condiciones, oportunidad y en los prestadores referidos por la Isapre.

SEXTO: BENEFICIARIOS

Los beneficiarios de esta cobertura serán aquellos incorporados en el contrato de salud previsional vigente.

SÉPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS

El Plan Preventivo de Isapre (PPI) está organizado en tres programas, de acuerdo al grupo de población que corresponda: Programa del Niño, Control del Embarazo y Programa del Adulto y Adulto Mayor:

7.1 PROGRAMA DEL NIÑO

El programa del niño tiene por propósito apoyar un desarrollo integral adecuado y ayudar a la formación de hábitos saludables. Las actividades comprendidas en este programa son:



7.1.1 CONTROL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, ESTADO NUTRICIONAL, OBESIDAD, REGISTRO Y CONSEJERÍA DE INMUNIZACIONES PAI.

Examen: Control por enfermeras, con derivación a nutricionista cuando estén alterados sus parámetros de peso y talla.

Beneficiario: Recién nacido hasta 10 años.

Cronograma del Control del Niño

1. Recién nacido (15 primeros días) dos controles: 1 por médico, 1 por enfermera
2. A los 2 meses de edad
3. A los 3 meses de edad
4. A los 4 meses de edad
5. A los 5 meses de edad
6. A los 6 meses de edad
7. A los 8 meses de edad
8. A los 10 meses de edad
9. A los 12 meses de edad
10. A los 15 meses de edad
11. A los 18 meses de edad
12. A los 21 meses de edad
13. A los 2 años de edad: dos controles por año
14. A los 3 años de edad: dos controles por año
15. A los 4 años de edad: dos controles por año
16. A los 5 años de edad: dos controles por año
17. A los 6 años de edad: dos controles por año
18. A los 10 años de edad: dos controles por año

En cada control se cumplirán las actividades detalladas en el Anexo N° 1 "Objetivos según control".

RECIEN NACIDOS

7.1.2 FENILCETONURIA

Examen: Determinación de fenilalanina en sangre.

Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.

Beneficiario: Recién nacido.



7.1.3 **HIPOTIROIDISMO CONGENITO**

Examen: Determinación de TSH en sangre.

Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.

Beneficiario: Recién nacido.

7.1.4 **DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS**

Examen: Examen clínico: Maniobra de Ortolani o Barlow

Frecuencia: Una vez, dentro de los 15 días desde el nacimiento.

Beneficiario: Recién nacido.

LACTANTES

7.1.5 **DISPLASIA DEL DESARROLLO DE CADERAS**

Examen: Radiografía de Pelvis o ultrasonografía de cadera

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente a los tres meses de edad.

Beneficiario: Lactante

Durante el control descrito en el punto 7.1.1. (a los 2 meses de edad), se dará orden de realización de Radiografía de pelvis para lactantes, se evaluará presencia de hernias y se derivará en caso de ser necesario. Una vez producida la derivación, se aplicará la cobertura del plan para las prestaciones requeridas a contar de dicha oportunidad.

NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 2 Y 5 AÑOS

7.1.6 **SOBREPESO Y OBESIDAD**

Examen: Medición del peso y talla

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

7.1.7 **AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y DEFECTOS EN LA AGUDEZA VISUAL**

Examen: Aplicación de cartilla LEA

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

7.1.8 **DETECCIÓN DE MALOS HÁBITOS BUCALES**

Examen: Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales

Frecuencia: Una vez en el período, preferentemente entre los 3 y 4 años.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años

7.2 **PROGRAMA CONTROL DEL EMBARAZO**

El programa controlará el embarazo, de tal forma de apoyar la labor del profesional médico, recomendando los exámenes requeridos en cada etapa. Las actividades comprendidas en este programa son:

7.2.1 CONTROL MEDICO Y DE MATRONA:

Intervención de Médico: al inicio del embarazo (1^{er} mes) y al 8^{vo} mes.

Intervención de Matrona: Inicio del Control prenatal de Matrona antes de 12 semanas de amenorrea, midiendo peso y talla, medición estandarizada de la presión arterial, Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), aplicación del instrumento Estrategia 5A's, según guía clínica y efectuando las derivaciones para la realización de los siguientes exámenes, incluyendo grupo y Rh, hemoglobina y hematocrito, VDRL o RPR en sangre, glicemia en ayunas, orina completa, urocultivo y ecografía precoz -antes de 20 semanas de gestación-. Luego, la repetición de exámenes según pauta sería: i) un nuevo VDRL a las 28 semanas, ii) una glicemia o PTG entre las 24 y 28 semanas y, iii) un hematocrito y hemoglobina entre 28 y 32 semanas.

Controlar diabetes mellitus a mujeres durante el embarazo, antes de las 13 semanas de gestación.

Frecuencia: Tres veces, dentro del embarazo.

Beneficiario: Mujeres embarazadas.

7.2.2 DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.2.3 INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Examen: Test de Elisa para VIH en sangre. Debe realizarse siempre con consejería previa, de manera voluntaria y con consentimiento informado (ley N°19.979, 2001) Consejería previa al examen y consejería post examen en las embarazadas con VIH positivo.

Frecuencia: Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre

Beneficiario: Embarazadas que acepten realizarse el examen.

7.2.4 SÍFILIS

Examen: VDRL (Venereal Disease Research Laboratory o RPR (Rapid Plasma Reagin) en sangre

Frecuencia: Una vez durante el embarazo, a contar del primer trimestre

Beneficiario: Embarazadas que acepten realizarse el examen.



7.2.5 **INFECCIÓN URINARIA**

Examen: Urocultivo

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.2.6 **SOBREPESO Y OBESIDAD**

Examen: Medición de peso y talla. Consejería sobre hábitos saludables de alimentación y actividad física.

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.2.7 **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Examen: Medición estandarizada de la presión arterial

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.2.8 **BEBER PROBLEMA**

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT). Consejería según el tipo de consumo de alcohol en personas de bajo riesgo (0-7), en riesgo (8-15), problema (16-19) o dependencia (20-40).

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.2.9 **TABAQUISMO**

Examen: Aplicación del instrumento Estrategia 5A's según guía clínica. Consejería breve y referir a tratamiento con el profesional que realiza el control del embarazo.

Frecuencia: En el primer control del embarazo, idealmente antes de las 13 semanas

Beneficiario: Mujeres Embarazadas

7.3 PROGRAMA DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR

El programa del adulto tiene por propósito promover hábitos saludables, detectar adicciones de alcohol y tabaco. Controlar obesidad, hipertensión y niveles de colesterol, tiene por propósito estimular una alimentación adecuada previa a la concepción. En cada caso se efectuará la recomendación que corresponda. El programa, respecto del adulto mayor tiene por propósito apoyar la mantención de la autovalencia, promoviendo hábitos saludables, controlando su capacidad auditiva y de movilidad. Las actividades comprendidas en este programa son:

Control por médico, enfermera, enfermera matrona, matrona, nutricionista u otro integrante del equipo de salud debidamente capacitado, una vez por año, salvo lo expresamente indicado, revisando y efectuando lo siguiente:

PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

7.3.1 PROMOCION DEL EJERCICIO

Examen: Consejería

Beneficiario: Personas de 15 años y más

7.3.2 BEBER PROBLEMA

Examen: Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT) y consejería respecto de terapia.

Frecuencia: Cada 3 años

Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.3 TABAQUISMO

Examen: Aplicación del Instrumento Estrategia 5A's según guía clínica y consejería breve

Frecuencia: Se recomienda cada 3 años

Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición de Peso y Talla para Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunsferencia de cintura (CC) para detectar a personas obesas con mayor riesgo cardiovascular. Consejería en alimentación saludable e incremento de la actividad física. Consejería por parte de Nutricionista y derivación CAEC si corresponde.

Frecuencia: Se recomienda cada 3 años

Beneficiario: Personas de 15 y más años.



7.3.5 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Examen: Medición estandarizada de la presión arterial

Frecuencia: Se recomienda cada 3 años

Beneficiario: Personas de 15 y más años.

7.3.6 DIABETES MELLITUS

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Beneficiario: Personas de 15 y más años con factores de riesgo mayores de 40 años, obesos o antecedentes familiares directos en diabetes en padre, madre o hermanos.

7.3.7 SÍFILIS

Examen: Examen de VDRL en sangre o RPR en sangre.

Frecuencia: Beneficiarios con conductas u otros factores de riesgo una vez al año.

Beneficiario: Embarazadas y personas con conductas u otros factores de riesgo.

7.3.8 TUBERCULOSIS

Examen: Baciloscopía a toda persona con tos productiva por más de 15 días al momento del examen

Beneficiario: Personas mayores de 15 años con síntomas respiratorios por 15 días o más.

7.3.9 CÁNCER CERVICOUTERINO

Examen: Toma de Examen de Papanicolaou (PAP) o citología exfoliativa cervical.

Frecuencia: Una vez, cada 3 años.

Beneficiario: Mujeres de 25 a 64 años y entre 18 y 24 años con vida sexual activa.



PERSONAS DE 40 Y MAS AÑOS

7.3.10 DISLIPIDEMIA

Examen: Medición del Colesterol Total. Consejería por parte de Nutricionista si corresponde.

Frecuencia: Anual

Beneficiario: Hombres y mujeres de 40 y más años.

MUJERES DE 50 Y HASTA 55 AÑOS

7.3.11 CÁNCER DE MAMA:

Examen: 2 Mamografías en total, a contar de los 50 años de vida y hasta los 55 años.

Beneficiario: Mujeres de 50 y hasta 55 años.

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS

7.3.12 EVALUACIÓN FUNCIONAL PARA UNA VIDA AUTOVALENTE

Examen: Cuestionario estandarizado, evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) y consejería

Frecuencia: Anual

Beneficiario: Beneficiarios mayores de 64 años
Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición, y derivación a GES si corresponde.

MAYORES DE 35 AÑOS

7.3.13 PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR EN POBLACION DE RIESGO

Examen: Consejería respecto de hábitos saludables, alimentación, consumo de ácido acetilsalicílico y otros.

Beneficiario: Mayores de 35 años.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

7.3.14 PROMOCIÓN CONSUMO DE ACIDO FOLICO, FIERRO Y CALCIO:

Examen: Campaña de información a grupos específicos

Beneficiario: Mujeres en edad fértil.

Anexo N° 1

OBJETIVOS SEGÚN CONTROL

1. En el período de recién nacido: fomentar la lactancia natural, educando a la madre respecto de la técnica de alimentación, aclarando sus dudas, controlando la evolución del peso y la talla y a la vez de chequear los resultados de los exámenes tomados al nacer para detectar fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito -y VDRL de cordón-. Ante la detección de anomalías de cualquier naturaleza, sería referido a su pediatra.
2. A los 2 meses se realizaría el control del peso, talla y circunferencia craneana -CC-, evaluación del desarrollo psicomotor y referencia a vacunación. Evaluación de audición. Se daría orden de realización de Radiografía de pelvis para lactantes. Evaluar presencia de hernias y derivar en caso de ser necesario. Educación en alimentación sana. Prevención del Síndrome Infantil de Muerte Súbita -SIMS-, cuyos factores de riesgo son: el consumo de tabaco por parte de la embarazada, prematuros o de bajo peso de nacimiento, a través de educación específica.
3. A los 4 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. Chequeo de realización y resultados de Radiografía de pelvis -derivación al pediatra en caso de necesidad- y evaluación de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis de los 4 meses. Evaluación de cicatriz BCG. Realización de evaluación de desarrollo psicomotor y derivación si detecta retraso o riesgo. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.
4. A los 6 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis de los 6 meses. Evaluación del desarrollo sicomotor y de la erupción dentaria, educación en alimentación sana y en prevención de accidentes domésticos.
5. A los 12 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis 12 meses. Evaluación del desarrollo psicomotor, descartar criptorquidea y educación en alimentación sana y en prevención de accidentes domésticos.
6. A los 18 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. Chequeo de cumplimiento de vacunación y derivación a dosis 18 meses. Prevención de salud oral, educación en alimentación sana y prevención de accidentes domésticos.
7. A los 24 meses se realizaría una evaluación de peso, talla y CC. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Descartar presencia de fimosis. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.
8. A los 3 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes y medición de agudeza visual. Aplicación de cartilla LEA.
9. A los 4 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Control de PA. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Derivación a dosis 4 años. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes.
10. A los 6 años se realizaría una evaluación de peso y talla. Control de PA. Chequeo de cumplimiento de vacunación. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes. Evaluación de inserción escolar. Evaluación audición y agudeza visual -test de Snellen-.
11. A los 10 años se realizaría una evaluación de peso y talla y desarrollo puberal. Educación en maduración sexual. Educación en alimentación sana y prevención de accidentes. Educación en prevención de inicio del hábito tabáquico y de consumo de alcohol y drogas. Evaluación de agudeza visual.
12. El paciente será referido a médico pediatra en caso de detectarse anomalía del desarrollo y/o de resultados de exámenes. Se debe orientar a la madre acerca de lugares de vacunación. Será necesario contar con los registros pertinentes de resultados obtenidos y frecuencias determinadas de controles.

Isapre Chuquicamata Ltda.





GES - AUGÉ

CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Regulado por Circulares IF N° 2 ; IF/N° 18 y IF/N°39

	<u>Página</u>
Primero: Generalidades	41
Segundo: Cobertura	41
Tercero: Garantías Explícitas en Salud	42
▪ <i>Garantía Explícita de Acceso</i>	42
▪ <i>Garantía Explícita de Calidad</i>	42
▪ <i>Garantía Explícita de Oportunidad</i>	42
▪ <i>Garantía Explícita de Protección Financiera</i>	42
Cuarto: Vigencia	42
Quinto : Formalidades y condiciones de atención y de acceso	42
Sexto: Precio	43
Séptimo: Cobertura financiera adicional	43
Octavo: Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1º de Julio de 2010	45



GES - AUGE

CONDICIONES PARA ACCEDER A LA COBERTURA DE LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Regulado por Circulares IF N° 2 ; IF/N° 18; IF/N°39 y IF/N°119

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de acceso de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966 y al Decreto Supremo N° 1 de 2010 del Ministerio de Salud que aprueba las garantías GES desde el 1 de julio de 2010 y a la Resolución Exenta N°1236, de 2009, del Ministerio de Salud, que regula Examen de Medicina Preventiva y a las Normas Técnicas de carácter obligatorio que el Ministerio de Salud dicte con el objeto de uniformar los criterios de ejecución, medición y validación de los exámenes.

Primero: **Generalidades**

El Régimen General de Garantías contiene Garantías Explícitas en Salud relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. Estas Garantías Explícitas en Salud son constitutivas de DERECHOS para los beneficiarios. Asimismo, estas garantías pueden ser diferentes para una misma prestación conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Segundo: **Cobertura**

Las enfermedades, condiciones de salud y prestaciones que no se encuentren incorporadas dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES), mantendrán, si corresponde, las condiciones y cobertura de los respectivos planes de salud complementarios que tengan los afiliados al momento de requerir tales atenciones. El afiliado y beneficiario tiene, en todo caso, el derecho de acogerse a las condiciones de las GES, cuando corresponda, o mantener la cobertura y condiciones de su plan complementario vigente.

Tercero: **Garantías Explícitas en Salud**

Para los efectos previstos en la ley, en relación al Régimen se entenderá por:

- Garantía Explícita de Acceso: Obligación de las Isapres de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas en el Régimen, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente.
- Garantía Explícita de Calidad: Otorgamiento de estas prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado de acuerdo al DFL N° 1, de 2005, de Salud, en la forma y condiciones determinadas en el decreto correspondiente, cuando esté vigente en esta materia. Previo a esto, las Isapres otorgarán estos beneficios en la red que para tal efecto hayan informado a la Superintendencia de Salud.
- Garantía Explícita de Oportunidad: Plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud designado en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto designado por la Isapre cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador designado por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a la Isapre. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito, o que se deriven de causas imputables al afiliado o beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por la Isapre.
- Garantía Explícita de Protección Financiera: La contribución o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen, a disposición de los afiliados y beneficiarios en las oficinas de la Isapre. Lo anterior, sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 7° de este documento.

Cuarto: **Vigencia**

Por regla general, los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES) tendrán una vigencia de tres años. Si no se modificaren al expirar el plazo señalado en virtud de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud, se entenderán prorrogadas por otros tres años.

Quinto : **Formalidades y condiciones de atención y de acceso**

1. Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios de Isapres a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas deberán atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar por atenderse conforme a su plan

complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías Explícitas de que trata este documento.

Para otorgar las prestaciones garantizadas explícitamente, los prestadores deberán estar registrados o acreditados en la Superintendencia de Salud, de acuerdo a lo que se establece en la Garantía Explícita de Calidad. No obstante, mientras tal Garantía no sea exigible, los prestadores sólo deberán ser informados a la Superintendencia.

2. Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.
3. Una vez, designado el prestador por la Isapre, el afiliado o beneficiario o su representante deberá indicar expresamente y por escrito su decisión de tratarse a través de dicho prestador o desistir de la atención garantizada, en cuyo caso se entiende que opta por su Plan Complementario y no regirán las garantías explícitas.
4. Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el arancel correspondiente. Las demás prestaciones no contenidas en el referido Arancel, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario.
5. Los prestadores de salud deberán informar a los afiliados a las Isapres que tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud en la forma, oportunidad y condiciones que establece el Reglamento. En caso de incumplimiento, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la que podrá sancionar a los prestadores con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sin perjuicio de otras sanciones que contemplen los reglamentos.

Sexto: **Precio**

El precio de los beneficios de las Garantías Explícitas en Salud (GES), y la unidad en que se pacta será el mismo para todos los beneficiarios de la Isapre, y es independiente del precio del plan complementario. El precio podrá ser modificado cada vez que se modifique el decreto que establece los Problemas de Salud y Garantías en Salud.

Séptimo: **Cobertura financiera adicional**

Sin perjuicio de lo que señale el reglamento que se dicte al efecto, se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a las siguientes normas:

1. Para tener derecho a esta cobertura financiera adicional, el monto de los copagos deberá superar un deducible, entendiéndose por tal la suma de los copagos que se acumularán por cada evento.

2. Para el caso de los afiliados a Isapres este deducible equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por cada patología asociada a las Garantías Explícitas en Salud, que le ocurra al afiliado o a sus beneficiarios. Dicho deducible no podrá exceder de 122 Unidades de Fomento.
3. En caso de existir más de un evento, que afecte al afiliado o a uno o más beneficiarios, en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible será de 43 cotizaciones mensuales. Dicho deducible no podrá exceder de 181 Unidades de Fomento.
4. El deducible deberá ser acumulado en un período máximo de doce meses y se computará desde la fecha en que el beneficiario registre el primer copago devengado. Si al cabo de los doce meses no se alcanzare a completar el deducible, los copagos no se acumularán para el siguiente período, reiniciándose el cómputo del deducible por otros doce meses, y así sucesivamente.
5. Para los efectos del cómputo del deducible no se contabilizarán los copagos que tengan origen en prestaciones no cubiertas por las Garantías Explícitas en Salud, o, que estando cubiertas, hayan sido otorgadas por prestadores distintos a los designados por las Isapres, sin perjuicio de los prestadores designados por la Superintendencia de Salud cuando correspondiera.
6. No obstante lo indicado anteriormente, sólo para los efectos de la acumulación del deducible, tratándose de una condición de salud garantizada explícitamente que implique urgencia vital o secuela funcional grave y que, en consecuencia, requiera hospitalización inmediata e impostergable en un establecimiento diferente al designado por la Isapre, se computarán los copagos devengados en dicho establecimiento, de acuerdo al plan contratado, hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser trasladado.
7. El médico tratante del establecimiento será quien determine el momento a partir del cual el paciente se encuentra en condiciones de ser trasladado.
8. Si el paciente, sus familiares o representante optan por la mantención en el establecimiento, los copagos que se devenguen a partir de ese momento no se considerarán para el cómputo del deducible. Lo mismo ocurrirá si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento que no es de los designados por la Isapre.
9. Si el paciente, sus familiares o representante optan por el traslado a un establecimiento designado por la Isapre, se iniciará o reiniciará, a partir de ese momento el cómputo de los copagos para el cálculo del deducible.

Octavo: El Decreto Supremo N°1, de 2010, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1° de julio de 2010

PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°1, DE 2010, DE SALUD

- 1.- Insuficiencia Renal Crónica Terminal
- 2.- Cardiopatías Congénitas Operables en menores de 15 años
- 3.- Cáncer Cérvicouterino
- 4.- Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos
- 5.- Infarto Agudo del Miocardio
- 6.- Diabetes Mellitus Tipo 1
- 7.- Diabetes Mellitus Tipo 2
- 8.- Cáncer de Mama en personas de 15 años y más
- 9.- Disrafias Espinales
- 10.- Tratamiento Quirúrgico de Escoliosis en menores de 25 años
- 11.- Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
- 12.- Endoprotesis Total de Cadera en pers. de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
- 13.- Fisura Labiopalatina
- 14.- Cáncer en menores de 15 años
- 15.- Esquizofrenia
- 16.- Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más
- 17.- Linfomas en personas de 15 años y más
- 18.- Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA
- 19.- Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- 20.- Neumonía Adquirida en la Comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
- 21.- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
- 22.- Epilepsia No Refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
- 23.- Salud Oral Integral para niños de 6 años
- 24.- Prevención de Parto Prematuro
- 25.- Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
- 26.- Colectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49 años
- 27.- Cáncer Gástrico
- 28.- Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más
- 29.- Vicios de Refracción en personas de 65 años y más
- 30.- Estrabismo en menores de 9 años
- 31.- Retinopatía Diabética
- 32.- Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático
- 33.- Hemofilia
- 34.- Depresión en personas de 15 años y más
- 35.- Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas

sintomáticas

- 36.- Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
- 37.- Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más
- 38.- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
- 39.- Asma Bronquial Moderada y Grave en menores de 15 años
- 40.- Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido
- 41.- Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
- 42.- Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
- 43.- Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años o más.
- 44.- Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
- 45.- Leucemia en personas de 15 años y más
- 46.- Urgencia odontológica ambulatoria
- 47.- Salud oral integral del adulto de 60 años
- 48.- Politraumatizado grave
- 49.- Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
- 50.- Trauma ocular grave
- 51.- Fibrosis Quística
- 52.- Artritis reumatoidea
- 53.- Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
- 54.- Analgesia del parto
- 55.- Gran quemado
- 56.- Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
- 57.- Retinopatía del prematuro
- 58.- Displasia broncopulmonar del prematuro
- 59.- Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
- 60.- Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
- 61.- Asma bronquial en personas de 15 años y más
- 62.- Enfermedad de parkinson
- 63.- Artritis idiopática juvenil
- 64.- Prevencion secundaria insuficiencia renal crónica terminal
- 65.- Displasia luxante de caderas
- 66.- Salud oral integral de la embarazada
- 67.- Esclerosis múltiple recurrente remitente
- 68.- Hepatitis b
- 69.- Hepatitis c

El afiliado deberá informarse en su Isapre, a través de los medios que ésta disponga, respecto de los alcances, condiciones, coberturas y prestaciones asociados a estas condiciones de salud garantizadas.