



COMPENDIO DE INSTRUMENTOS CONTRACTUALES



CONTENIDO

Capítulo I. El Contrato de Salud	4
Título I. Contenido del Contrato de Salud	4
Título II. De los Instrumentos Contractuales Uniformes.....	5
a. Las Condiciones Generales del Contrato de Salud	5
b. El Formulario de Declaración de Salud	25
c. Plan de Salud.....	36
Capítulo II Plan de Salud Complementario	37
Título I Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario	37
1. Contenido del plan de salud complementario	37
2. Formato del plan de salud complementario	37
3. Estipulación referida a los montos máximos	38
4. Estipulación referida al precio	38
5. Contenido de los planes de salud complementarios	38
6. Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes	53
Título II Instrucciones Especiales para Planes Grupales	58
1. Definición	58
2. Contratación de un plan grupal	58
3. Cese de las condiciones de vigencia del plan grupal.....	59
4. Retiro de un afiliado del plan grupal	60
5. Caso del cotizante que fallece.....	61
6. No incorporación o suspensión de la CAEC en los planes grupales	61
Título III (Eliminado)	62
Título IV Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes con Cobertura Reducida de Parto	62
1. Prohibición de suscribir Planes con cobertura reducida de parto	62
2. Modificación de un Plan con Cobertura Reducida de Parto.....	62
Anexo N° 7 Cláusula sobre movilidad de cotizante de planes con cobertura reducida de parto	64
Capítulo III Otros Documentos Contractuales	65
Título I (Eliminado)	65
Título II Tabla de Factores de los Planes de Salud Complementarios	65
1. Introducción	65
2.	65
Título III Formato Mínimo del Formulario Único de Notificación (FUN)	66
1. Características Generales del FUN	66
2. Tipos de Notificación	67
3. Llenado del FUN	69

4. Situaciones Especiales.....	74
Anexo 1 (Eliminado)	79
Anexo 4 Definiciones de uso general	79
Anexo 6 Formulario Único de Notificación	82
Anexo 7 Reverso alternativo del FUN	84
Anexo 8 Las Condiciones Particulares Plan Preventivo (PPI)	87
GES - AUGE	102
Título IV Beneficios Adicionales	110
I. Disposiciones Generales	110
II. Menciones mínimas de los Beneficios Adicionales	110
III. Envío a la Superintendencia.....	111
Título V Las Condiciones Tipo.....	112
1. Generalidades	112
2. Adhesión a las “Condiciones Tipo”	112
3. Procedimiento para el uso de las “Condiciones Tipo” en la celebración de los contratos de salud	112
4. Prevención respecto del artículo cuarto N°2, segunda parte, de las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de isapres (PPI).....	113

Capítulo I. El Contrato de Salud¹

Título I. Contenido del Contrato de Salud

El Contrato de Salud Previsional es de plazo indefinido y las partes sólo pueden darle término por las causales estipuladas en él; se celebra en conformidad con lo dispuesto en el D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud y a las instrucciones que esta Superintendencia de Salud determine al efecto.

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

- a) Las Condiciones Generales del Contrato de Salud, contenidas en la letra a, del Título I, del presente Capítulo.
- b) La Declaración de Salud, contenida en la letra b, del Título II, del presente Capítulo.
- c) El Plan de Salud, enunciado en la letra c, del Título II, del presente Capítulo y desarrollado en el Capítulo II del este Compendio.
- d) El Formulario Único de Notificación, cuyo formato mínimo se encuentra en el Título III, del Capítulo III, del presente Compendio.
- e) El Arancel o nómina de prestaciones valorizadas de la isapre, que incluye el código de prestación, su nombre (o glosa) y su valor, este último expresado en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF). Las isapres deberán mantener a disposición exclusiva de los cotizantes y beneficiarios, en las oficinas en que se atienda público, la cantidad de ejemplares que se indica: 3 ejemplares en la casa matriz y 2 en cada una de las agencias o sucursales. Alternativamente, las isapres podrán cumplir con aquella obligación mediante la disposición de los aranceles vigentes en medios electrónicos o digitales a través de, a lo menos, un equipo de autoservicio o computador de libre acceso, de uso exclusivo de sus cotizantes y beneficiarios, disponible en cada casa matriz, agencia o sucursal de la isapre en que atienda público, contemplando la asesoría técnica respectiva hacia el beneficiario, y que garantice a estos últimos el acceso de forma suficiente y oportuna a la información requerida.

De igual modo, el o los aranceles vigentes deberán encontrarse disponibles para sus afiliados y beneficiarios a través de las páginas web de las Isapres.

- f) La Selección de Prestaciones Valorizadas.
- g) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, en caso que corresponda, contenidas en el Capítulo IV del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.

¹ Modificado por la Circular IF/N° 305 de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

- h) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, contenidas en el Anexo N°1, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.
- i) Los Mecanismos de Otorgamiento de Beneficios Mínimos.
- j) Los beneficios adicionales, cuando corresponda, desarrollados en el Título IV, del Capítulo III, del presente Compendio.
- k) Las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de Isapre (PPI), cuando corresponda, contenidas en el Anexo 8, del Capítulo III, de este Compendio.

Los documentos señalados en las letras a), b), c), d), f) y j) precedentes, deberán ser firmados por ambas partes contratantes, en tanto que los señalados en las letras e), g), h), i) y k) sólo deberán llevar la firma del representante de la isapre.

Ninguna de las partes podrá unilateralmente agregar estipulaciones adicionales o enmendar en cualquier forma los documentos contractuales. Se tendrá por no escrita cualquier alteración de esta naturaleza.

Título II. De los Instrumentos Contractuales Uniformes

La Superintendencia de Salud ha determinado el contenido de los instrumentos contractuales señalados en las letras a) y b), junto con el formato de los mencionados en las letras c), d) y f), ambas del Título precedente, los que son uniformes para todas las isapres.

Estos Instrumentos Contractuales Uniformes deben ser escritos de modo claramente legible. Respecto de las Condiciones Generales Uniformes, el Plan de Salud Complementario y la Declaración de Salud, el tamaño de su letra no podrá ser inferior a 2,5 milímetros.

a. Las Condiciones Generales del Contrato de Salud

Las isapres deberán utilizar el texto de las Condiciones Generales del Contrato de Salud que se detalla a continuación, debiendo mantenerlas permanentemente en su sitio web. Éstas rigen para todas las Isapres, con excepción del texto contenido en la letra i) del Artículo 18, cuya aplicación es exclusiva para las isapres cerradas, vale decir, aquellas descritas en el inciso final del artículo 200, del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

En cuanto a los plazos relacionados con la vigencia de las órdenes de atención médica; la solicitud de bonificaciones y la realización de éstas, que hace referencia el artículo 11 de las Condiciones Generales Uniformes, las isapres podrán fijar un plazo para aquello, siempre y cuando respeten el límite fijado en dicho instrumento.

El formato de las Condiciones Generales del Contrato de Salud es el que sigue:

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

ÍNDICE.

pág. XX

TÍTULO I: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS

BENEFICIOS

ARTÍCULO 1°: Beneficiarios del Contrato de Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 2°: Vigencia del Contrato de Salud e Inicio de Vigencia de sus Beneficios.	pág. XX

TÍTULO II: BENEFICIOS LEGALES

ARTÍCULO 3°: Beneficios Mínimos Obligatorios.	pág. XX
ARTÍCULO 4°: Ley Ricarte Soto.	pág. XX
ARTÍCULO 5°: Atenciones de Emergencia o Urgencia con Riesgo Vital o de Secuela Funcional Grave	pág. XX
ARTÍCULO 6°: Beneficiario que Adquiere la Calidad Jurídica de Cotizante.	pág. XX
ARTÍCULO 7°: Fallecimiento del Cotizante.	pág. XX

TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES

ARTÍCULO 8°: Plan de Salud Complementario.	pág. XX
ARTÍCULO 9°: Plan de Salud Complementario Grupal y Compensado.	pág. XX
ARTÍCULO 10°: Modificación del Plan de Salud Complementario a petición del afiliado.	pág. XX
ARTÍCULO 11°: Modalidades de Pago de las Atenciones Médicas.	pág. XX
ARTÍCULO 12°: Arancel de Prestaciones.	pág. XX

TÍTULO IV: OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO

ARTÍCULO 13°: Obligaciones del Afiliado.	pág. XX
ARTÍCULO 14°: Declaración de Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 15°: Exclusiones de Cobertura.	pág. XX
ARTÍCULO 16°: Restricción de Cobertura para Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas.	pág. XX
ARTÍCULO 17°: Enfermedades o Condiciones de Salud Preexistentes No Declaradas.	pág. XX
ARTÍCULO 18°: Causales de Terminación del Contrato de Salud.	pág. XX

TÍTULO V: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 19°: Precio del Plan de Salud Complementario y su Reajustabilidad.	pág. XX
ARTÍCULO 20°: Monto, Declaración y Pago de la Cotización para Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 21°: Excedentes de Cotización.	pág. XX
ARTÍCULO 21° BIS: Excesos de Cotización.	pág. XX
ARTÍCULO 22°: Adecuación del Contrato de Salud.	pág. XX
ARTÍCULO 22° BIS: Adecuaciones Especiales del Contrato de Salud	pág. XX

DISPOSICIONES FINALES

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

El contenido de estas Condiciones Generales ha sido establecido por la Superintendencia de Salud y estará a disposición del afiliado en la página web de la isapre. Tales condiciones son iguales para todas las Instituciones de Salud Previsional, salvo la causal de término contenida en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N°1 de 2005, de Salud, que sólo aplica a las isapres cerradas.

Los beneficiarios del Contrato de Salud tienen 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 Sistema de Protección Financiera creado por la Ley Ricarte Soto; 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.

TÍTULO I: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO E INICIO DE VIGENCIA DE SUS BENEFICIOS

ARTÍCULO 1°: BENEFICIARIOS DEL CONTRATO DE SALUD

Son beneficiarios del presente Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) Los familiares beneficiarios del cotizante, es decir, aquellos que, respecto de éste, cumplan con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no, incluyéndose en esta categoría el conviviente civil del afiliado, definido en la Ley 20.830 ; y
- 3) Las cargas médicas cuya incorporación sea aceptada por la isapre. Aquéllas enterarán, cuando proceda, sus cotizaciones de salud en esa isapre.

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 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 al 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 2°: 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, la que está 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 en el F.U.N. 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 3°: 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 15°, 16° y 17° 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 N°s. 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 y página web 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 la respectiva prestación contemplada en el arancel, debiendo otorgarse la que resulte mayor entre ambas.

ARTÍCULO 4°: LEY RICARTE SOTO

La ley N°20.850 creó un Sistema de Protección Financiera para el otorgamiento de diagnósticos y tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud, señalados en el decreto respectivo, dictado por el Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa), por su parte, es el encargado de asegurar la protección financiera que trata esta ley, a todos los beneficiarios de los sistemas previsionales de salud, incluyendo los de las isapres.

En este contexto, es deber de la isapre facilitar el acceso y otorgar información suficiente y oportuna a sus beneficiarios respecto del Sistema de Protección Financiera que crea la ley N°20.850 y su funcionamiento.

ARTÍCULO 5°: ATENCIONES DE EMERGENCIA O URGENCIA CON RIESGO VITAL O DE SECUELA FUNCIONAL GRAVE

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 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 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.

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

ARTÍCULO 6°: 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 7°: 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, a menos que se trate de los herederos del cotizante.

TÍTULO III: BENEFICIOS CONVENCIONALES

ARTÍCULO 8°: 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: 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: 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: 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, en el Plan de Salud Complementario se identifica 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 de 2005, del Ministerio de Salud.

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 9°: 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 son 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 o término del plan grupal, 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 de 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 de 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 de 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, junto con la copia del plan de salud respectivo, 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 caso de término de la compensación, la isapre comunicará al cotizante compensado, 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, junto con la copia del plan de salud respectivo, 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 10°: 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.

También deberá ofrecerse en caso que se modifique el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presume que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

Igual obligación tendrá la isapre si ésta incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

- a) Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- b) Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- c) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el artículo 189 letra C, número 2, del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

La facultad regulada en esta letra no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales.

ARTÍCULO 11º: 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 _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 30 días**) corridos, contado desde la fecha de su emisión.

- 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 otros documentos auténticos que den cuenta del pago, los que quedarán en poder de la isapre como respaldo de la gestión realizada. Asimismo, en este documento o en otro que complemente al auténtico, ambos emitidos por el prestador de salud, debe indicarse 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;
- Valor de la prestación.

El reembolso deberá ser solicitado dentro del plazo de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 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.

El reembolso se efectuará mediante dinero efectivo, cheque u otro medio, exclusivamente al afiliado o beneficiario o a quien los represente legalmente, dentro del plazo de _____ (**la isapre debe fijar un plazo igual o inferior a 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 _____ **(la isapre debe fijar un plazo igual o superior a 60 días)** corridos, contado desde la emisión del PAM o desde la facturación de las prestaciones, según sea el caso.

En todo caso, la isapre deberá otorgar la cobertura requerida dentro del plazo de _____ **(la isapre debe fijar un plazo igual o inferior a 60 días)** corridos, contado 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 Órdenes de Atención Médica o Bonos y los Reembolsos, como asimismo, para tramitar Programas de Atención Médica, deberán acreditar su identidad. Si la petición la hace una persona distinta del afiliado o beneficiario, aquella deberá presentar el poder simple correspondiente.

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, según lo establecido en el artículo 13 del presente Contrato, y complementariamente por correo electrónico, de acuerdo a las instrucciones que sobre la materia se encuentren vigentes.

ARTÍCULO 12°: 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 es 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.

En el caso de los aranceles expresados en pesos, estos deberán ser reajustados a lo menos una vez al año y el reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor, entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes anteprecedente a aquél en que se aplique el nuevo reajuste, ambos inclusive.

La isapre puede 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 cualquier especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

TÍTULO IV: OBLIGACIONES DEL AFILIADO, EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES DE COBERTURA Y TÉRMINO DE CONTRATO

ARTÍCULO 13°: OBLIGACIONES DEL AFILIADO

Las principales obligaciones del afiliado son las siguientes:

- a) 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.
- b) 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 de salud 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.
- c) Dar cuenta a la isapre por escrito y dentro del más breve plazo, del término de la calidad de beneficiario del Contrato de Salud de cualquiera de las personas integrantes 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.
- d) 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 20 de este Contrato, tratándose de un afiliado independiente, cotizante voluntario, imponente voluntario o cesante.
- e) 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 obtenidos 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.
- f) Cumplir con los exámenes, controles, peritajes e interconsultas que la Contraloría Médica de la isapre, en uso de sus facultades, le solicite 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.
- g) Comunicar a la isapre, dentro de los diez días siguientes contados desde la fecha en que se hayan producido, cualquiera de los siguientes hechos:
 - i. Cambio, adición o eliminación de empleador
 - ii. Cesantía
 - iii. Modificación de la situación previsional.
- h) 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.
- i) Adjuntar la documentación pertinente, cada vez que solicite un beneficio, que acredite fehacientemente su procedencia.

- j) Informar a la isapre todo cambio de domicilio que se produzca durante la vigencia de este Contrato, personalmente o mediante carta certificada, correo electrónico, formulario diseñado por la isapre, u otro medio escrito o electrónico, 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.
- k) Colaborar con la isapre en el cumplimiento, por parte de ésta, de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva.

ARTÍCULO 14°: DECLARACIÓN DE SALUD

Las enfermedades o condiciones de salud físicas² preexistentes conocidas por el afiliado y diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato, deberán ser registradas fidedignamente por el potencial 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.

Conforme a ley 21.331, no son declarables las enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales del afiliado o de sus beneficiarios.³

Por otra parte⁴, en virtud de los fines del contrato de salud, no se consideran preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación.⁵

ARTÍCULO 15°: 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.

² Palabra incorporada por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

⁴ Expresión incorporada por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

⁵ Párrafo agregado por Circular IF/N° 354 de 2020.

- 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 al D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 16°: RESTRICCIÓN DE COBERTURA

Se entenderá que son preexistentes aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas⁶, 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 la 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 para las prestaciones originadas en la atención del parto será como mínimo, equivalente a la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde la suscripción del contrato hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, aplicada al plan de salud convenido y vigente.

ARTÍCULO 17°: ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD PREEXISTENTES NO DECLARADAS

⁶ Palabra incorporada por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

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.

ARTÍCULO 18°: CAUSALES DE TÉRMINO DEL CONTRATO DE SALUD

El presente Contrato de Salud no podrá dejarse sin efecto durante su vigencia, salvo por alguna 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:

- a. 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 2005, del Ministerio 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.

- b. 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.

- c. 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.

- d. 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, de 2005, del Ministerio Salud, 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 indicado. 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 por cualquier medio idóneo. Esta comunicación deberá efectuarse 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; si ingresará al Fonasa o a una isapre; fecha y firma, ya sea manual o electrónica.⁷

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) Cierre de sucursal. Antes de cumplirse el primer año de vigencia de los beneficios contractuales el afiliado puede desahuciar el contrato de salud en caso que el cierre definitivo de una sucursal entorpezca seriamente el acceso a los beneficios pactados.
- e) 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.
- f) Mutuo acuerdo.
- g) Fallecimiento del afiliado, en caso que se renuncie al beneficio señalado en el artículo 7° del presente Contrato.
- h) Cierre del registro de la isapre.
- i) Desahucio del afiliado solicitado dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigencia de las Garantías Explícitas en Salud o de sus posteriores modificaciones.

⁷ Párrafo modificado por Circular IF/N° 347 de 2020.

- j) ******La pérdida de relación laboral, salvo que ella se origine por el hecho de acogerse a pensión⁸.

TÍTULO V: PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO Y SU MODIFICACIÓN

ARTÍCULO 19°: 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 celebrados con isapres cerradas, 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 de 2005, del Ministerio de Salud.
- 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 la 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 anualidad⁹.
- 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.

⁸ ** Cláusula que únicamente debe ser inserta en las Condiciones Generales Uniformes de las isapres cerradas, conforme la letra a, del Título II, del Capítulo I, del presente Compendio; y del inciso final del artículo 200 del D.F.L. N°1, de 2005, de Salud.

⁹ Modificada por Circular IF N° 317, de 18.10.18. La Resolución Exenta SS/N° 282, de 5.4.19 estableció que “a contar del 19 de octubre de 2019 las isapres deberán aplicar, cada vez que corresponda, según la anualidad del contrato, la rebaja de precio respecto de todos los beneficiarios que cumplan 2 años de edad” y que “a contar del 19 de abril de 2020 las isapres deberán aplicar, cada vez que corresponda, según la anualidad del contrato, la rebaja de precio respecto de todos los demás beneficiarios que cambien a un tramo etario al que le corresponda un factor más bajo”.

ARTÍCULO 20°: 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 cotizante 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 a través de las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aun cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. Para efectos del pago, 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 de 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 21°: 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.

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 21 BIS°: EXCESOS DE COTIZACIÓN

La cotización en exceso corresponde a la cotización percibida por la isapre en el respectivo mes, que sobrepase el monto que resulte mayor entre el total de la cotización pactada y la cotización legal mínima para salud.

Los montos que la isapre perciba por concepto de cotización en exceso están afectos a devolución, que debe efectuarse a la persona afiliada o ex afiliada cuando dicha cotización le haya sido descontada de su remuneración o renta sin causa.

ARTÍCULO 22°: ADECUACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD

Anualmente, la isapre podrá revisar los contratos de salud, 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.¹⁰

La adecuación propuesta deberá ser comunicada a la persona afectada por correo electrónico o - en caso de que no haya informado a la isapre una dirección electrónica- por carta certificada, durante el mes de marzo de cada año. En tales circunstancias, la persona afiliada podrá pronunciarse hasta el último día del mes de mayo de cada año, aceptando la adecuación de precio propuesta por la isapre, cambiándose de plan o desahuciando el contrato, y en el evento de que nada diga, se entenderá que acepta la propuesta.¹¹

¹⁰ Párrafo modificado por Circular IF/N°401, de 30 de diciembre 2021.

¹¹ Párrafo reemplazado por Circular IF/N°401, de 30 de diciembre 2021.

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.

ARTÍCULO 22° BIS: ADECUACIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SALUD

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.

En los planes con prestadores cerrados o preferentes, en la misma oportunidad, en caso de término del convenio entre la isapre y el prestador institucional cerrado o preferente, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, la isapre podrá adecuar el contrato, debiendo informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberse puesto término o de haberse modificado el referido convenio. Además, la Institución pondrá en conocimiento del afiliado las adecuaciones propuestas al plan vigente y los planes de salud alternativos de condiciones equivalentes a aquél.

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 23°: 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 mantiene 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.

Asimismo, en virtud del artículo 191 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, 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 24°: FISCALIZACIÓN Y MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE DIFERENCIAS

La isapre está afecta 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 25°: 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, en los términos señalados en la letra j), del artículo 13 precedente.

ARTÍCULO 26°: FECHA Y FIRMA DEL CONTRATO

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

.....
FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL AFILIADO

.....
FIRMA ISAPRE

b. El Formulario de Declaración de Salud

La Declaración de Salud es un documento que forma parte del contrato, es independiente de los demás instrumentos del mismo y su contenido único y formato indivisible son obligatorios para las isapres.

El afiliado deberá registrar fidedignamente las preexistencias en la Declaración de Salud, entendiéndose por tales, aquellas enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas¹² que hayan sido conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción de contrato o de la incorporación del beneficiario en su caso, como también los demás antecedentes de salud que solicite la isapre. ¹³Sólo en este documento se podrán establecer las condiciones particulares pactadas respecto de cada beneficiario al momento de su incorporación a la isapre, dejando constancia expresa de lo dispuesto en el inciso 1° del artículo 190 del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud.

¹² Palabra incorporada por la Circular IF/N°396, de 8 de noviembre de 2021.

¹³ Término trasladado al actual párrafo cuarto según Circular IF/N° 354 de 2020.

De acuerdo con el derecho establecido en la ley 21.331 a no ser discriminado por padecer o haber padecido una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual, las isapres no pueden consultar ni exigir a los potenciales afiliados la declaración de enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales propias o de sus beneficiarios, como tampoco pedir antecedentes clínicos o realizar entrevistas que revelen esos diagnósticos¹⁴.

En virtud de los fines del contrato de salud, tampoco se consideran¹⁵ preexistentes, y, por tanto, no declarables, las enfermedades o condiciones de salud congénitas (de cualquier tipo), las cuales le hayan sido diagnosticadas al beneficiario hasta el término de su período neonatal. En estos casos, la isapre no puede restringir cobertura ni rechazar la afiliación¹⁶.

Asimismo, atendido que la identidad de género no es una enfermedad, una patología ni una condición de salud, no debe declararse en el formulario de Declaración de Salud, ni tampoco la isapre puede exigirla¹⁷. Conforme a ello, las personas transgénero no deben declarar su identidad de género, como tampoco las expresiones: disforia de género, incongruencia de género, transexualidad o cualquiera otra similar que aluda a dicha identidad.¹⁸

La isapre se encuentra impedida de rechazar la afiliación, restringir la cobertura o dar término al contrato de salud basándose en la identidad de género, discapacidades psíquicas o intelectuales, enfermedades mentales o el estado de la salud mental de los potenciales afiliados y beneficiarios¹⁹.

Dicho documento es único y exclusivo para fijar las condiciones particulares de otorgamiento de beneficios, cualquiera sea su naturaleza, debiendo utilizarse sólo con ocasión de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario si procediere.

Se entiende que las isapres que no utilizan la Declaración de Salud renuncian a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término al contrato por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

El formulario de la Declaración de Salud es el siguiente:

b.1 Declaración de Salud^{20 21 22 23 24}

¹⁴ Párrafo incorporado por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.

¹⁵ La expresión “tampoco se consideran” fue incorporada por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.

¹⁶ Párrafo incorporado por Circular IF/Nº 354 de 2020, modificada por Resolución Ex. IF/Nº46, de 3.2.21.

¹⁷ La Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021, eliminó “Por lo tanto, la isapre se encuentra impedida de rechazar la afiliación, restringir la cobertura o dar término al contrato de salud basándose en dicho antecedente”.

¹⁸ Párrafo incorporado por Circular IF/Nº 336 de 2019.

¹⁹ Párrafo incorporado por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.

²⁰ Incorporado según Circular IF/Nº 235 de 2014.

²¹ Traslado por la Circular IF/Nº 305 de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/Nº 32 del 01 de febrero de 2018.

²² Formulario modificado, en su Sección A, por Circular IF/Nº 314 de 2018.

²³ Formulario reemplazado por Circular IF/Nº 354 de 2020, modificada por Resolución Ex. IF/Nº46, de 3.2.21.

²⁴ Formato y contenido modificado por la Circular IF/Nº396, de 8 de noviembre de 2021.

Identificación Isapre	DECLARACIÓN DE SALUD
	Nº Folio <input type="text"/>
IMPORTANTE	
ES DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD EL LLENADO COMPLETO, CORRECTO Y VERAZ DE ESTE DOCUMENTO.	
SI USTED NO DECLARA ALGUNA ENFERMEDAD, PATOLOGÍA O CONDICIÓN DE SALUD FÍSICA PREEXISTENTE, LA ISAPRE PUEDE:	
<ol style="list-style-type: none">1. NEGAR LA COBERTURA PARA DICHA ENFERMEDAD POR UN PLAZO MÁXIMO DE HASTA 5 AÑOS DESDE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O DE LA INCORPORACIÓN DEL BENEFICIARIO, Y/O2. TERMINAR SU CONTRATO DE SALUD.	
NO SON PREEXISTENTES LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES DE SALUD CONGÉNITAS DIAGNOSTICADAS HASTA EL TÉRMINO DEL PERÍODO NEONATAL NI LAS ENFERMEDADES MENTALES O DISCAPACIDADES PSÍQUICAS O INTELECTUALES	
ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA, EN SU TOTALIDAD, POR EL POTENCIAL AFILIADO, AUNQUE SE LE INDIQUE LO CONTRARIO.	

A. ANTECEDENTES DEL COTIZANTE	
Nombres y Apellidos	<input type="text"/>
RUN	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> Día/Mes/Año
Correo electrónico	<input type="text"/>
Nombre Institución de Salud Actual	<input type="text"/>
Tiene pensión de invalidez	<input type="checkbox"/> S=Sí N=No
Causal	<input type="checkbox"/> 1. Enfermedad Común 2. Enferm. Profesional o accidente del trabajo
Diagnóstico que originó la pensión de invalidez	<input type="text"/>
Estuvo antes en esta isapre	S=Sí N=No
B. IDENTIFICACIÓN DE LOS FAMILIARES BENEFICIARIOS Y/O CARGAS MÉDICAS	
Debe individualizar a todas sus cargas legales y a aquellas personas que desea incorporar como cargas médicas.	
Si usted omite alguna de sus cargas legales y se demuestra que la omisión tuvo por objeto perjudicar a la isapre, porque ésta no pudo evaluar el riesgo, la Institución puede poner término a su contrato de salud.	

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (incluido el cotizante)							
Nombre y Apellidos	RUN	Relación Familiar con el cotizante	Fecha de Nacimiento	Sexo H: hombre M=Mujer	Tipo de Carga L=Legal M=Médica	Peso	Talla
		01. Cónyuge 02. Padre 03. Madre 04. Hijos 05. Otros 06. Conviviente Civil					

C. LISTADO DE PREGUNTAS				
<p>Debe registrar TODAS las enfermedades, patologías o condiciones de salud físicas, diagnosticadas médicamente a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso si se ha recuperado y ha sido dado de alta.</p> <p>No deben declararse las enfermedades o condiciones de salud congénitas que le hayan sido diagnosticadas a usted o alguno de sus beneficiarios hasta el término de su período neonatal ni las enfermedades mentales o discapacidades psíquicas o intelectuales.</p> <p>El siguiente listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad, patología o condición de salud no indicada aquí, debe declararla.</p>				
NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA

1. Enfermedades físicas del sistema nervioso o que le afecten: por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, TEC, fístulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.

SI

NO

2. Enfermedades del sistema respiratorio: por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.

SI

NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

3. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.

SI
 NO

4. Enfermedades del sistema digestivo: por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.

SI
 NO

5. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.

SI
 NO

6. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

7. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.

SI
 NO

8. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.

SI
 NO

9. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.

SI
 NO

10. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

SI
 NO

11. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

12. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.

SI
 NO

13. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.

SI
 NO

14. Enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

SI
 NO

15. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro

SI
 NO

16. Traumatismos físicos, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

17. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.

SI
 NO

18. Infertilidad o Esterilidad: indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.

SI
 NO

19. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses por diagnósticos distintos a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).

SI
 NO

20. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo un diagnóstico distinto a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.

SI
 NO

21. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.

SI
 NO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	FECHA APROX. DIAGNÓSTICO	DECLARA
------------------------------------	-------------	-------------------------	--------------------------	---------

22. Otras enfermedades físicas: Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad física declarable que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente. Se excluyen de esta declaración las enfermedades mentales y las discapacidades psíquicas e intelectuales. **SI**
NO

D. DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada sólo con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

La autorización otorgada no se extiende para obtener antecedentes relacionados con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o intelectuales y, en general, cualquier información que revele el estado de salud mental del solicitante o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento respecto de patologías y enfermedades declarables.

 Firma / Huella digital del Interesado

 Fecha

E. EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

 Nombre y Firma Médico de la Isapre

 Fecha

F. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE

Aceptado : Sin restricción Con restricción

Rechazado :

Motivo del rechazo

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados)

En caso de rechazo, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí No

G. SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas.

Sí No

Firma Cotizante

Fecha

Firma y RUN Agente de Ventas

Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. asociado

b.2 Comprobante para el Afiliado²⁵²⁶

COMPROBANTE PARA EL BENEFICIARIO

N° Folio Declaración de Salud	
Nombre del postulante	
RUN del postulante	
Fecha del llenado de la declaración	
Fecha de respuesta a la solicitud	

Nombre y RUT del representante de la Isapre

Firma

²⁵ Incorporado según Circular IF/N° 235 de 2014.

²⁶ Traslado por la Circular IF/N° 305 de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

c. Plan de Salud

En el plan de salud se estipularán en forma clara y precisa las prestaciones y demás beneficios pactados, ajustándose al formato uniforme del plan de salud e instructivos contenidos en Capítulo II de este Compendio, según la modalidad de que se trate. De acuerdo a lo indicado en la ley, los planes podrán ser Libre Elección, con Prestadores Preferentes o Cerrados.

Las normas que regulan el plan de salud se encuentran en el Capítulo II, del presente compendio de normas administrativas.

Capítulo II Plan de Salud Complementario

Título I Contenido y Formato del Plan de Salud Complementario

1. Contenido del plan de salud complementario

El Plan de Salud Complementario considerará lo siguiente:

1.1.- Porcentajes de cobertura de bonificación, que deberán aplicarse sobre el valor real de la prestación, que corresponde al valor cobrado por el prestador al paciente. En el plan de salud, estos porcentajes se determinarán por grupos de prestaciones claramente especificados.²⁷

1.2.- Topes de bonificación por prestaciones, en caso de haberlos, los cuales deberán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (UF) o número de veces el valor asignado a la prestación respectiva en el Arancel de la isapre, sea que se aplique a una o a un grupo de prestaciones por evento.

1.3.- Montos máximos o topes generales de bonificación por beneficiario, en caso de haberlos, los que sólo se expresarán en pesos (\$) o en Unidades de Fomento (UF) y por un período máximo de un año de vigencia de beneficios. Este tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del Plan²⁸.

1.4.- Eliminado²⁹

1.5.- Referencia al Arancel de la isapre.

2. Formato del plan de salud complementario³⁰

Las isapres deberán ajustar los planes de salud que comercialicen a los formatos uniformes definidos en el presente título, los que son de uso obligatorio, según la modalidad de que se trate.

Las modalidades pueden ser:

- Plan Libre Elección, que es el plan de salud en que la elección del prestador es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Institución de Salud Previsional.
- Plan con Prestador Preferente, que es el plan de salud cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores individualizados en el plan.
- Plan cerrado, que es aquél cuya estructura solo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan.

El plan de salud deberá estipular en forma clara y precisa las prestaciones y las coberturas pactadas para las mismas. En caso de utilizar abreviaturas o conceptos técnicos, deberán quedar claramente definidos en las notas explicativas del plan de salud. En caso contrario, todas las cláusulas que

²⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N°285, de 09 de junio de 2017

²⁸ Modificado por la Circular IF/N°154, de 22 de agosto de 2011, que eliminó la frase final.

²⁹ Eliminado por Circular IF/275, de 2016.

³⁰ Numeral modificado por la Circular IF/N°285, de 09 de junio de 2017

resulten ambiguas serán interpretadas en contra de la isapre, por ser la parte responsable de aclararlas.

3. Estipulación referida a los montos máximos

En los planes de salud deberán explicitarse los montos máximos de los beneficios para cada beneficiario, si los hubiere, o bien, los montos máximos de cobertura establecidos para alguna o algunas prestaciones, si fuere del caso, los que deberán referirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

4. Estipulación referida al precio

En el contrato, específicamente en el plan de salud, se deberá estipular claramente la forma en que se modificarán las cotizaciones y aportes por incorporación o retiro de beneficiarios del grupo familiar, de acuerdo a la tabla de factores, según sexo y edad, y condición de cotizante o carga. Además se establecerán las condiciones en que se incorporarán los nuevos beneficiarios.

5. Contenido de los planes de salud complementarios³¹

Los formatos de los planes de salud deberán ajustarse a las siguientes instrucciones de configuración y contenido:

Instrucciones comunes a las tres modalidades

Anverso

Título

Se debe indicar en el encabezado que se trata del Plan de Salud Complementario, seguido de la Modalidad (Libre Elección, con Prestador Preferente o Cerrado).

Párrafo eliminado³²

Identificación de la Isapre

Se debe indicar el nombre de la isapre y/o su logo.

Identificación del Plan

Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al plan complementario, con el objeto de identificarlo de manera única, lo que deberá ajustarse a las instrucciones impartidas en el Archivo Maestro de Planes Complementarios, regulado en el Compendio de Información de esta Superintendencia. En caso que el plan tenga un nombre de fantasía o comercial, deberá agregarlo a continuación de la identificación única.

Tipo de plan

Deberá indicar en forma preimpresa en el formato, si se trata de un plan individual o grupal.

Número de Folio del FUN

Indicar el número de folio del FUN mediante el cual se notifica la suscripción del plan que se firma.

Prestaciones

a) Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria; Prestaciones Ambulatorias

En esta sección se deben detallar las agrupaciones de prestaciones de uso común que se presentan en el formato uniforme.

³¹ Numeral modificado por Circular IF/285, de 2017

³² Párrafo eliminado por Circular IF/334 de 2019.

Las isapres deberán usar todas las categorías mencionadas en los mismos términos literales utilizados, tanto para las prestaciones hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria, como para las prestaciones ambulatorias.

Asimismo, se puede modificar el orden preestablecido o establecer agrupaciones para presentar un porcentaje de bonificación o cobertura común a un conjunto determinado de prestaciones, en tanto se respete la clasificación entre hospitalario y ambulatorio.

La isapre podrá desagregar cualquiera de las prestaciones indicadas, siempre que contenga la totalidad de las categorías que se presentan en el formato uniforme.

El formato de las columnas podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de las prestaciones.

*Párrafo eliminado*³³

Asimismo, si la isapre no otorga cobertura a alguna prestación –no obligatoria- contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente indicando “sin cobertura”, no pudiendo eliminar la categoría, ni presentar la línea en blanco.

b) Prestaciones Restringidas

El plan deberá indicar en este recuadro aquellas prestaciones que recibirán una cobertura restringida en relación con las prestaciones genéricas con que se encuentran relacionadas.

c) Otras Coberturas

En este recuadro las isapres podrán incorporar todas aquellas prestaciones adicionales que considere necesario o conveniente identificar, tales como: Box ambulatorio, Cobertura Internacional, Medicamentos ambulatorios, Atención dental, u otras.

d) Expresión de cobertura

El título de las columnas que contienen la cobertura del Plan Libre Elección, con Prestadores Preferentes o Cerrado deberá tener un asterisco (*) que haga referencia a una nota al pie de página que indique en letras mayúsculas lo siguiente:

“(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO”

- **Porcentaje de bonificación** Debe indicarse el porcentaje de bonificación que se aplicará sobre el valor real de la prestación.

- **Tope de Bonificación**

Indicar los topes de bonificación aplicables a las distintas prestaciones, en caso de haberlos, los cuales sólo podrán expresarse en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel del plan (V.A.).

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

En caso que la prestación no tenga tope deberá consignarse expresamente “Sin Tope”.

- **Tope máximo año contrato por beneficiario**

³³ Párrafo eliminado por la Circular IF/N°360, del 25 de junio de 2020

Indicar, si los hubiere, los montos máximos de bonificación para algunas prestaciones específicas por beneficiario, los cuales deben expresarse sólo en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF) y circunscribirse al período de un año de vigencia de los beneficios contractuales.

La isapre deberá indicar el monto del tope, acompañado de la unidad en que se expresa, dentro de la misma columna.

Si el plan no considera este tope máximo, la columna podrá eliminarse.

- **Ampliación de Cobertura**

En caso que la isapre establezca bajo ciertas condiciones alguna cobertura mejorada respecto de la libre elección, deberá indicarlo en esta columna. Por ejemplo, una mejor bonificación si el día cama de un establecimiento indeterminado es menor a xxx. Estas condiciones mejoradas no pueden referirse a un prestador preferente, ya que en esa circunstancia se trataría de un plan de esas características.

Reverso

Precio del plan (completar en la medida que sea pertinente)

Debe incluirse lo siguiente:

- a) Precio base del plan complementario. Se debe indicar el precio asignado por la isapre al plan de salud establecido en pesos o unidades de fomento. Si el precio se expresa en unidades de fomento, se debe indicar con dos decimales.
- b) Tabla de factores, en caso que corresponda. Se debe informar la Identificación Única de la Tabla de Factores correspondiente al plan y su estructura, diferenciada por sexo y edad, de acuerdo a lo instruido en el Archivo de Tablas de Factores contenido del Compendio de Información de esta Superintendencia.
- c) En caso que se trate de planes cuyo precio se pacte en la cotización mínima legal, se deberá indicar ello en el recuadro "Cotización Legal" y se omitirá la información a que se refieren las letras a) y b) precedentes, es decir, la identificación de la tabla de factores y su estructura.

Arancel

- a) Identificación Única del Arancel: Corresponde a la denominación que la isapre ha otorgado al arancel asociado al plan de salud complementario, con el objeto de identificarlo de manera única y que se aplicará para determinar los topes de bonificación. Esta denominación debe ajustarse a las instrucciones impartidas en el Archivo Maestro del Arancel de Prestaciones de Salud, regulado en el Compendio de Información de esta Superintendencia.
- b) Modalidad del Arancel: Corresponde a la unidad en que se encuentra expresado el Arancel, esto es, en pesos (\$) o Unidades de Fomento (UF).

Tope General Anual por Beneficiario

Se debe señalar el tope general anual por beneficiario, si lo hubiera, para el período de un año de vigencia de los beneficios contractuales, el cual sólo podrá estar expresado en pesos o Unidades de Fomento. El tope deberá ser el mismo para todos los beneficiarios del plan.

Condiciones de vigencia y requisitos para ingresar y mantenerse en el plan grupal (sólo si corresponde)

Indicar y explicar cuáles son los hechos o circunstancias cuya variación o alteración podrán dar lugar a la modificación o terminación del plan grupal.

En el recuadro siguiente, deberán indicarse los requisitos que, en forma individual, deben reunir los cotizantes, para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

Firma, nombre y RUT del representante de la isapre y fecha

Se debe estampar la firma, el nombre y el R.U.T. del habilitado de la isapre y la fecha, lo cual debe realizarse en el mismo acto en que firme el afiliado.

Firma, Nombre, Rut, huella dactilar del afiliado y fecha

En este espacio, se identifica al afiliado con su firma, nombre y R.U.T., en señal de aceptación de los términos del plan de salud, lo cual debe efectuarse en el mismo acto en que suscriba el habilitado de la isapre. Asimismo, se deberá estampar con medios indelebles la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm.

Notas explicativas del plan de salud

Se deberán incluir aquellas notas explicativas y definiciones que la isapre estime necesario incorporar para la correcta aplicación del plan de salud, pudiendo usarlas para aclarar o precisar la información contenida en el anverso del plan. Por lo anterior, no corresponde incorporar aquí restricciones a la cobertura que no estén debidamente señaladas en el anverso del plan de salud.

Las notas y definiciones que la isapre establezca deberán ordenarse dentro de las categorías presentadas a continuación:

1. Coberturas

En esta categoría se deben incluir todas aquellas notas explicativas del plan de salud que estén directamente relacionadas con la aplicación de la cobertura del mismo, tales como, condiciones asociadas a algún nivel o categorización de prestadores o algún tipo de habitación en particular o cualquier otra condición para acceder a la cobertura.

Párrafo Eliminado³⁴

2. Definiciones

En este tipo de notas se indicarán las definiciones y significado de siglas, tales como la expresión del tope en veces arancel (V.A.).

3. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

Acá se deberá indicar el valor de la unidad de fomento a utilizar para:

a) Las bonificaciones:

Si los topes están expresados en Unidades de Fomento, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

b) El pago de la cotización:

Si el precio está expresado en UF, el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

4. Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos

Se deberá indicar la oportunidad en que la isapre aplicará el reajuste del precio del plan cuyo precio está pactado en pesos, en caso que corresponda.

5. Reajuste del Arancel de prestaciones

Se deberá indicar claramente la cláusula de reajustabilidad que se aplicará al arancel de prestaciones asociado al plan de salud.

³⁴ Párrafo eliminado por la Circular IF/N°360, del 25 de junio de 2020

B. Instrucciones especiales para planes con prestadores preferentes o cerrados

Expresión de la cobertura

Debe indicarse la cobertura que se otorgará cuando determinadas prestaciones o agrupaciones de prestaciones sean entregadas por los prestadores individualizados en el plan.

La cobertura ofrecida podrá expresarse en: porcentaje de bonificación sobre el valor real de las prestaciones y tope de bonificación expresado en pesos (\$), Unidades de Fomento (U.F.) o número de veces el valor asignado a esa prestación en el arancel (V.A.). o, en su caso, copago fijo en pesos o en Unidades de Fomento que el afiliado debe pagar por las prestaciones otorgadas por el prestador.

Si dicha cobertura se expresa únicamente en porcentajes de bonificación y topes, podrá omitirse del cuerpo del plan la columna de copago fijo y, por su parte, si aquélla se expresa sólo en esta última modalidad, podrán eliminarse las columnas de porcentaje y topes de bonificación. Si las prestaciones no contemplan tope deberá indicarse expresamente “Sin Tope”.

Si el plan con Prestadores preferentes no otorga cobertura preferente a alguna prestación contenida en el formato uniforme, deberá indicarlo expresamente indicando “sólo cobertura Libre elección”.

El formato de las columnas de esta sección podrá adaptarse a las necesidades de cada isapre, de manera de presentar claramente la bonificación de dichas prestaciones o agrupación de prestaciones.

Identificación de los prestadores en el plan

Dentro de las columnas de la oferta preferente o cerrada se deberá identificar el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones que componen dicha modalidad.

Aquellos prestadores orientados al otorgamiento de atenciones hospitalarias, deberán identificarse en esta columna y frente a la prestación o agrupación de prestaciones que otorgan.

Aquellos prestadores que realicen atenciones ambulatorias, deberán incluirse en esta columna o, si este espacio no fuere suficiente, en el listado de “Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes” que se regula en estas mismas instrucciones.

Si el plan contempla el otorgamiento de las prestaciones ambulatorias a través de una red de prestadores, ésta deberá identificarse, y además deberán indicarse los prestadores institucionales que la integran.

Atenciones de urgencia

Atendido a que los contratos de salud deben garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman la oferta cerrada o preferente, la isapre deberá indicar en este recuadro, los prestadores con los cuales haya convenido el otorgamiento de las atenciones de urgencia, así como la cobertura que se otorgará a estas atenciones, en el caso que el prestador preferente no tenga la capacidad técnica para brindar las prestaciones, pudiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso de ser distintos.

Prestadores derivados

En este recuadro deberán identificarse el nombre del o los prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan, que brindarán las atenciones de salud en el evento de configurarse una insuficiencia de estos últimos, debiendo la isapre mostrar por separado los prestadores ambulatorios y hospitalarios convenidos, en caso que sean distintos.

Notas explicativas para la aplicación de las condiciones y características de la oferta preferente o cerrada

Deberán incluirse las siguientes menciones, de acuerdo a lo instruido en este Compendio:

- Estipulaciones sobre causales, procedimientos y efectos de la derivación por insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan.
- Procedimiento para acceder a las atenciones de urgencia.
- En caso que existan tiempos de espera, deberá indicarse en este punto los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores individualizados en el plan otorguen efectivamente las atenciones. Además deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera.
- Mención de las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta preferente o cerrada, no se realizan por el respectivo prestador, junto con la referencia que permita ubicar dentro del plan, la cobertura prevista para aquéllas.
- Estipulaciones referentes al derecho a traslado.
- Si el plan contempla médico de cabecera, se deberán especificar sus funciones y el procedimiento expedito y verificable de acceso a éste.
- Menciones acerca del derecho a la segunda opinión médica.
- Estipulaciones relativas a la instancia destinada a dar solución a las opiniones médicas divergentes, en caso que corresponda.
- Estipulaciones sobre el término o modificación del o los convenios con los prestadores.
- Reglas especiales sobre modificación de contrato, referidas al caso de cambio de domicilio del afiliado que dificulte significativamente el acceso a los prestadores, así como el incumplimiento de la isapre, en cuanto falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante, falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador distinto de los indicado en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado. En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al beneficiario.
- Estipulaciones para el caso de término de la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades, o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrarse el contrato.

C. Formatos Uniformes Obligatorios

FORMATO ÚNICO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/ NOMBRE DEL PLAN:

N° folio FUN:

Frase eliminada³⁵

PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN (*)			
	% Bonificación	Tope de bonificación	Tope máx. año contrato por beneficiario	Ampliación de cobertura (opcional)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos				
AMBULATORIAS Consulta médica Consulta médica de Telemedicina en Especialidades(**) ³⁶ Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Tratamientos Fertilización Asistida (PAD) ³⁷ Atención integral de enfermería Consulta y Atención Integral de nutricionista ³⁸ Prestaciones dentales (PAD) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) ³⁹				

³⁵ Frase eliminada por Circular IF/N334 de 2019.

³⁶ Introducido por Circular IF/N°358 de 2020, modificada por Res. Exenta IF/N°490 de julio 2020. De acuerdo a dicha normativa, las isapres deberán incorporar estas prestaciones, con la bonificación y topes correspondientes, en todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/20.

³⁷ Prestación incorporada por Circular IF N° 388, de 17.8.2021, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/10/2021.

³⁸ Prestación "Consulta" de nutricionista incorporada por la Circular IF/N°371 de 2020, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/01/2021.

³⁹ Últimas dos líneas, agregadas por Circular IF/N°352 de 2020. De acuerdo a ésta, deberán ser incorporadas a todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/2020.

PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)				
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.)				

(*) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario

(**) En las Notas Explicativas se individualizan las especialidades de Telemedicina que han sido incorporadas al arancel

(REVERSO)

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base Cotización legal
 \$ o UF %

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

(No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

TABLA DE FACTORES

(consignar la tabla informada a la Superintendencia)

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL	MODALIDAD DEL ARANCEL	(\$, UF)
<input type="text"/>		<input type="text"/>

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO (En caso de haberlo) **MONTO** **(\$, UF)**

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde a un plan grupal)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

- 1.- Coberturas
- 2.- Definiciones
3. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar
- 4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)
- 5.- Reajuste del Arancel de prestaciones

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD PRESTADORES PREFERENTES**

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/ NOMBRE DEL PLAN

N° folio FUN:

Frase eliminada⁴⁰

PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCIÓN (*)			Ampliación de cobertura (opcional)
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	
	%	Tope			%	Tope		
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos								
AMBULATORIAS Consulta médica Consulta Médica Telemedicina Especialidades (**) ⁴¹ Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Tratamientos Fertilización Asistida (PAD) ⁴² Atención integral de enfermería Consulta y Atención Integral de nutricionista ⁴³ Prestaciones dentales (PAD) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) ⁴⁴								

⁴⁰ Frase eliminada por Circular IF/N334 de 2019.

⁴¹ Introducido por Circular IF/N°358 de 2020, modificada por Res. Exenta IF/N°490 de julio 2020. De acuerdo a dicha normativa, las isapres deberán incorporar estas prestaciones, con la bonificación y topes correspondientes, en todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/20.

⁴² Prestación incorporada por Circular IF N° 388, de 17.8.2021, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/10/2021.

⁴³ Prestación "Consulta" de nutricionista incorporada por la Circular IF/N°371 de 2020, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/01/2021.

⁴⁴ Últimas dos líneas, agregadas por Circular IF/N°352 de 2020. De acuerdo a ésta, deberán ser incorporadas a todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/2020.

PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)					
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.)					
ATENCIÓNES DE URGENCIA (Identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)					
PRESTADORES DERIVADOS (Identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)					

(*)Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario

(**) En las Notas Explicativas se individualizan las especialidades de Telemedicina que han sido incorporadas al arancel

(REVERSO)

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base

\$ o UF

Cotización legal

%

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES

(No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

TABLA DE FACTORES

(Consignar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan)

IDENTIFICACIÓN

ÚNICA DEL ARANCEL

MODALIDAD DEL ARANCEL

(\$, UF)

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO

(En caso de haberlo)

(\$, UF)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL

(Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

- 1.- Coberturas
- 2.- Definiciones
- 3.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar
- 4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)
- 5.- Reajuste del Arancel de prestaciones
- 6.- Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes

PLAN CERRADO

IDENTIFICACIÓN DEL PLAN/NOMBRE DEL PLAN:

N° Folio FUN:

Frase eliminada⁴⁵

PLAN (INDIVIDUAL O GRUPAL, según corresponda)

PRESTACIONES	OFERTA CERRADA (*)			
	Bonificación		Copago Fijo	Tope máx. año contrato por beneficiario
	%	Tope		
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día cama Día cama cuidados intensivos o coronarios Día cama cuidados intermedios Derecho de Pabellón Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Medicamentos Materiales e insumos clínicos Quimioterapia Procedimientos Honorarios médicos quirúrgicos Visita por médico tratante Visita por médico interconsultor Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis Traslados Médicos				
AMBULATORIAS Consulta médica Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (**) ⁴⁶ Exámenes de laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos Pabellón ambulatorio Fonoaudiología Radioterapia Quimioterapia Prótesis y Órtesis Tratamientos Fertilización Asistida (PAD) ⁴⁷ Atención integral de enfermería Consulta y Atención Integral de nutricionista ⁴⁸ Prestaciones Dentales (PAD) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) ⁴⁹				

⁴⁵ Frase eliminada por Circular IF/N334 de 2019.

⁴⁶ Introducido por Circular IF/N°358 de 2020, modificada por Res. Exenta IF/N°490 de julio 2020. De acuerdo a dicha normativa, las isapres deberán incorporar estas prestaciones, con la bonificación y topes correspondientes, en todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/20.

⁴⁷ Prestación incorporada por Circular IF N° 388, de 17.8.2021, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/10/2021.

⁴⁸ Prestación "Consulta" de nutricionista incorporada por la Circular IF/N°371 de 2020, de acuerdo a la cual, deberá ser incorporada a todos los planes de salud que se suscriban a contar del 01/01/2021.

⁴⁹ Últimas dos líneas, agregadas por Circular IF/N°352 de 2020. De acuerdo a ésta, deberán ser incorporadas a todos los planes que se suscriban a contar del 01/09/2020.

PRESTACIONES RESTRINGIDAS (Detallar las prestaciones que tendrán una cobertura inferior a la prestación genérica relacionada)			
OTRAS COBERTURAS (Detallar las prestaciones adicionales no incluidas en las categorías anteriores, Ej. box ambulatorio, atención dental, cobertura internacional, medicamentos ambulatorios, etc.)			
ATENCIONES DE URGENCIA (Identificar los prestadores con los cuales existe un convenio para la atención de estas prestaciones y la cobertura que se otorgará)			
PRESTADORES DERIVADOS (Identificar los prestadores que brindarán las atenciones en caso de insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan)			

(*)Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario

(**) En las Notas Explicativas se individualizan las especialidades de Telemedicina que han sido incorporadas al arancel.

(REVERSO)

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base Cotización legal
 \$ o UF %

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES
 (No aplicable en caso que precio se exprese en la cotización legal)

TABLA DE FACTORES

(Consignar la tabla informada a la Superintendencia de Salud que corresponda al plan)

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL ARANCEL **MODALIDAD DEL ARANCEL** (\$, UF)

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO MONTO (\$, UF)
 (En caso de haberlo)

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL
 (Sólo si corresponde a un plan grupal)

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL
 (Sólo si corresponde a un plan grupal)

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

FIRMA DEL AFILIADO

Huella Dactilar Afiliado

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOMBRE:
RUT:
FECHA:

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

- 1.- Coberturas
- 2.- Definiciones
- 3.- Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar
- 4.- Fecha de aplicación del reajuste del precio del plan expresado en pesos (sólo si corresponde)
- 5.- Reajuste del Arancel de prestaciones
- 6.- Condiciones y características de la oferta cerrada

6. Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes Cerrados y Planes con Prestadores Preferentes⁵⁰

1. Ámbito de Aplicación

Las presentes instrucciones serán aplicables a los planes cerrados y a los planes con prestadores preferentes, definidos en el artículo 189 letras B y C del D.F.L. N° 1.

No quedan sometidos a las mismas los planes de salud que contemplan una estructura de beneficios asociada al precio de ciertas atenciones de salud en prestadores indeterminados, por ejemplo, los planes en que la hospitalización se bonifica en un 100% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es igual o inferior a XX y en un 90% sin tope, si el valor del día cama del establecimiento es superior a XX.

Tampoco les serán aplicables a los acuerdos generales que las isapres celebren con prestadores respecto de los precios de las atenciones para los beneficiarios de la misma institución y que no se encuentran asociados a un plan específico.

Se entiende para estos efectos por Plan Cerrado 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.

Con todo, la Superintendencia podrá determinar, mediante instrucciones generales, los casos excepcionales en que el afiliado o beneficiario podrá ser atendido por un prestador distinto al individualizado en el plan, eventualidad en la cual tendrá derecho, como mínimo, a la cobertura financiera que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud en la modalidad de libre elección.

Se entiende para estos efectos Plan con Prestadores Preferentes, 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.⁵¹

2. Prestadores

2.1.- Identificación de los prestadores en el plan

Cada vez que el plan de salud asocie el otorgamiento de un beneficio a un determinado prestador o red de prestadores, deberá indicarse en dicho plan el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalizadas.⁵²

No se podrán comercializar planes que contengan una mera referencia a “prestadores en convenio” u otra expresión semejante, sin individualizar.

2.2.- Información sobre los prestadores individualizados en el plan.

Eliminado ⁵³

2.3.- Término o modificación de los convenios con prestadores

En el plan de salud deberá señalarse que el término del convenio entre la isapre y el prestador o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan

⁵⁰ Numeral 6 correspondía al Título III del Capítulo II, trasladado a esta ubicación por Circular IF/285, de 9.6.2017, con inicio de vigencia 1.10.2017, y modificado por Circular IF/294, de 5.10.2017

⁵¹ Párrafos 4° al 6° incorporados por Circular IF/275, de 2016.

⁵² Párrafo modificado por la Circular IF/N°285, de 09 de junio de 2017.

⁵³ Párrafo eliminado por la Circular IF/N°285, de 2017

contratado, les corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta la anualidad que corresponda.

Al cumplimiento de la anualidad, la isapre podrá adecuar el contrato, caso en el cual deberá informar al cotizante, en la carta respectiva, la circunstancia de haberle puesto término o modificado el respectivo convenio y poner en su conocimiento tanto las adecuaciones propuestas para el plan vigente como los planes de salud alternativos a éste.⁵⁴

2.4.- (Eliminado) ⁵⁵

3. Médico de Cabecera

Para los efectos de esta normativa, se entiende por médico de cabecera, o como quiera que se denomine al que cumpla dicha función, al profesional que otorga las primeras atenciones de salud a nivel primario a los beneficiarios del plan, tiene la facultad de derivar a dichos beneficiarios a niveles de atención de mayor complejidad y, en general, resuelve, sobre la base de consideraciones de índole sanitario y técnico, acerca de la pertinencia de las prestaciones solicitadas por éstos.

Los planes que contemplen la figura de médico de cabecera, deberán especificar sus funciones y contemplar procedimientos expeditos y verificables de acceso a éste.

No obstante, tratándose de atenciones de urgencia, no podrá pactarse la derivación del médico de cabecera como requisito para que los beneficiarios accedan a la cobertura ofrecida en los prestadores institucionales individualizados para este efecto en el plan de salud, sin perjuicio de las demás reglas que rigen a este tipo de atenciones.

3.1.- Requisitos e Incompatibilidades

- a) El médico de cabecera deberá contar con el título profesional de médico cirujano y encontrarse debidamente habilitado para el ejercicio de la profesión en el país.
- b) Podrán contemplarse médicos de cabecera que tengan especialidades acordes con las necesidades y características del grupo de beneficiarios del contrato, como por ejemplo, un médico gineco-obstetra o un médico pediatra.
- c) Resulta incompatible ejercer, simultáneamente, la función de médico de cabecera de un plan de salud y médico contralor de la isapre a la cual dicho plan pertenece.
- d) Es responsabilidad directa y preferente de la isapre la continua y oportuna atención de salud brindada por el médico de cabecera.

3.2.- Elección y Reemplazo

En aquellos contratos en que se contemple el derecho del cotizante a elegir el médico de cabecera, se le proporcionará al contratante una nómina de profesionales efectivamente disponibles para ejercer dicha función, con indicación, en su caso, de sus respectivas especialidades.

El interesado deberá elegir de la nómina, uno o más profesionales que se individualizarán en un documento especialmente destinado al efecto, el que se anexará al contrato de salud.

El plan deberá establecer el derecho del contratante a solicitar el reemplazo del médico de cabecera, tanto en el caso que haya sido elegido por él o asignado por la institución, y el

⁵⁴ Párrafo incorporado por Circular IF/275, de 2016.

⁵⁵ Numeral eliminado por la Circular If/N° 322, de 2019

procedimiento para hacer efectivo ese derecho. En todo caso, para el reemplazo de un médico que haya sido elegido por el contratante, deberá estipularse un procedimiento en el que se tengan presentes las reglas indicadas precedentemente.

Sin perjuicio de lo anterior, la isapre estará facultada para designar un reemplazante en caso de ausencia temporal de dicho profesional.

4. Tiempos de Espera

Estos planes de salud deberán explicitar los tiempos máximos de espera previstos para que los prestadores que en ellos se individualizan, otorguen efectivamente las atenciones contempladas en el plan, debiendo indicar aquéllos definidos para consultas médicas, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas.⁵⁶

Dentro de las antedichas agrupaciones, las isapres podrán establecer las clasificaciones o desagregaciones que estimen pertinentes para el debido cumplimiento de lo instruido precedentemente.

En el plan de salud deberá estipularse el momento a partir del cual empiezan a correr los tiempos de espera definidos.

Transcurrido el tiempo de espera previsto, sin que la prestación solicitada haya sido otorgada, se configura una insuficiencia del o los prestadores individualizados en el plan, que otorga al cotizante el derecho de solicitar su derivación o la de sus beneficiarios, a otro u otros prestadores, conforme al procedimiento previsto en el respectivo contrato de salud.

5. Configuración de los Planes

5.1.- Formato del plan de salud

Los planes de salud con prestadores preferentes y los planes cerrados deberán ajustar sus formatos a los contenidos en este título.⁵⁷

5.2.- Configuración de los planes cerrados

Los planes de salud cerrados no podrán excepcionarse de la obligación de contemplar, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, en la modalidad libre elección, que se establece en el artículo 159 del D.F.L. N° 1.

En dichos planes deberán explicitarse el o los prestadores a través de los cuales se cumplirá la obligación precedente, especificando las prestaciones o agrupación de prestaciones que cada uno de ellos otorgará.

5.3.- Oferta cerrada y preferente de los planes con prestadores preferentes.

Los planes con prestadores preferentes pueden contemplar una oferta preferente y/o una oferta cerrada.

La oferta preferente está constituida por las atenciones de salud para las que estos planes contemplan determinados beneficios cuando se requieren en los prestadores individualizados en el plan pero que, además, pueden ser obtenidas a través de la libre elección.

La oferta cerrada está constituida por las atenciones de salud que sólo se otorgan por determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las mismas bajo la modalidad de libre elección.

⁵⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N°285, de 09 de junio de 2017.

⁵⁷ Párrafo modificado por la Circular IF/N°285, de 09 de junio de 2017.

En los planes con prestadores preferentes, deberán explicitarse las prestaciones que componen su oferta cerrada y preferente. La antedicha obligación se cumple indicando las especialidades médicas y/o prestaciones que se otorgan por el o los prestadores preferentes y las prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incluidas en la oferta cerrada o preferente, no se realizan por el respectivo prestador.

En caso de incumplimiento de la obligación de explicitar las prestaciones que componen la oferta cerrada o preferente, en los términos señalados en el párrafo anterior, las isapres se verán obligadas a mantener el monto que le habría correspondido pagar al afiliado si dichas prestaciones hubieran sido brindadas por el respectivo prestador, cualquiera sea el que las realice.

5.4.- Prestadores Derivados.

La isapre deberá identificar en el plan los prestadores derivados que brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse alguna insuficiencia. Para tal efecto, deberá indicarse el nombre de uno o más prestadores de similares características a las del o los prestadores individualizados en el plan cerrado o en los planes con prestadores preferentes, según corresponda.

Los contratos de salud deberán contemplar, para el caso que se produzca dicha insuficiencia, el derecho del cotizante de solicitar la derivación hacia los prestadores antes indicados y los procedimientos para hacer efectiva la mencionada derivación.

5.5.- Segunda opinión médica

Los planes deberán consagrar el derecho de los afiliados y beneficiarios de planes de salud cerrados o con prestadores preferentes, a solicitar una segunda opinión médica, respecto de las decisiones que emanen del médico tratante.

Las isapres deberán contemplar los mecanismos que aseguren el derecho a requerir una segunda opinión médica de alguno de los prestadores individualizados en el plan y, en caso que dicha segunda opinión sea obtenida de otros prestadores, garantizar que ésta será debidamente considerada por el prestador que corresponda.

5.6.- Opiniones médicas divergentes

Las isapres deberán establecer en sus contratos una instancia médica, especialmente destinada a dar solución a la divergencia entre opiniones médicas que se produzca como consecuencia del ejercicio del derecho regulado en el punto precedente. Dicha instancia puede consistir en la opinión técnica del director médico del prestador individualizado en el plan, o del respectivo jefe de servicio u otro profesional que cumpla en la institución similares funciones.

Los planes deberán estipular el derecho de los cotizantes y/o beneficiarios de requerir directamente la intervención de quien o quienes deben dar solución a la mencionada divergencia de opiniones. En todo caso, dicha diferencia deberá ser zanjada dentro del plazo que cada contrato defina para tal efecto, a través de un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien o quienes la emitan. El plazo que se defina para el citado efecto, no podrá exceder al mayor de los tiempos de espera establecidos para las prestaciones en cuestión, plazo que se contará desde la solicitud de intervención de quien deba solucionar la diferencia. Dicho plazo podrá ser prorrogado de común acuerdo por las partes del contrato.

6. Atenciones de Urgencia y Derecho a Traslado

6.1.- Acceso y cobertura

Los contratos de salud deberán garantizar la atención de urgencia de las prestaciones que conforman su oferta cerrada o preferente, identificando en el plan de salud el o los prestadores con

los cuales haya convenido el otorgamiento de dicha atención y los procedimientos para acceder a ello.

Asimismo se deberá explicitar la cobertura que se otorgará a las atenciones de urgencia, sea que estas se realicen por los prestadores mencionados en el párrafo anterior o por otros distintos.

6.2.- Derecho a Traslado

Los contratos de salud deberán establecer el derecho del afiliado que, con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el párrafo primero del punto precedente, a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan, y el derecho de la isapre a trasladar al paciente a uno de estos prestadores.

En ambos casos, es condición esencial para el ejercicio del derecho a traslado, la autorización expresa del médico tratante; obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado. No obstante lo anterior, el afiliado podrá optar por permanecer en el prestador en el que se encuentra, en cuyo caso no podrá requerir la cobertura prevista en el plan para las atenciones realizadas a través de prestadores individualizados en éste.

Los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el respectivo plan.

7. Modificación especial del plan cerrado o del plan con prestador preferente

En los planes cerrados y con prestadores preferentes, deberá consignarse que, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 197 del D.F.L. N° 1, la isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las situaciones previstas en los numerales 7.1 y 7.2 siguientes. Dicha oferta deberá contemplar como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

7.1.- Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan.

Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.

7.2.- Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:

- a) Falta de atención continua y oportuna por parte del médico de cabecera o negativa de la isapre a reemplazar al profesional asignado por ésta o elegido por el cotizante.
- b) Falta de derivación en caso de insuficiencia del prestador, derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- c) En general, la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan, sin perjuicio de la obligación de la isapre prevista en el artículo 189 letra b) número 2.- del D.F.L. N° 1.

La facultad regulada en este punto no priva al cotizante de la opción de solicitar el término del contrato de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la isapre, en conformidad a las reglas generales.

8. Condiciones de acceso a la cobertura⁵⁸

No podrán estipularse en los contratos de salud previsional cláusulas que impongan requisitos de acceso a la cobertura ofrecida, que no tengan por objeto fijar las condiciones de la prestación, principalmente aquellos que entablen, dificulten o impidan ese acceso.

En caso de que en las notas explicativas acerca de las condiciones del plan, se establezcan restricciones, limitaciones o exclusiones para acceder a los beneficios, que sean contradictorias o incompatibles con lo estipulado en forma clara y suficiente en el formato del plan, dichas restricciones, limitaciones o exclusiones se tendrán por no escritas.

Título II Instrucciones Especiales para Planes Grupales⁵⁹

1. Definición

El contrato de salud previsional es siempre individual y nunca colectivo, ya que necesariamente y por mandato legal, se celebra entre alguna de las personas naturales a las que alude el artículo 184 del DFL N° 1, individualmente considerada, y una Institución de Salud Previsional registrada ante la Superintendencia de Salud.

Sin embargo, el plan de salud complementario puede ser individual o grupal. Los planes grupales son aquellos planes que pueden comercializar las isapres con aquellos cotizantes que pertenecen a una determinada empresa o a un grupo de dos o más trabajadores o, en el caso de las denominadas isapres cerradas, dos o más pensionados, y cuya finalidad es el otorgamiento de beneficios distintos de los que podría obtener el trabajador con su sola cotización individual de no mediar dicha circunstancia, la que deberá constar expresamente en el plan de salud.

2. Contratación de un plan grupal

La contratación de un plan grupal no exime a la isapre de la obligación de obtener de los cotizantes que se le incorporen, la suscripción de todos los documentos que forman parte integrante del Contrato de Salud, ciñéndose, para estos efectos, a las instrucciones vigentes sobre la materia.⁶⁰

En el plan de salud se indicará que se trata de un “plan grupal”, lo que deberá venir preimpreso⁶¹.

Paralelamente, 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, deben reunir los cotizantes para ingresar y mantenerse en el plan grupal.

Dado que el contrato de salud es siempre individual, se deberá dejar constancia expresa, en el plan grupal que se convenga, del otorgamiento de los beneficios que sean distintos a los que podría obtener el afiliado con la sola cotización individual. Para tales efectos, se deberá indicar el tipo de plan que se contrate, estipulándose todos los beneficios convenidos, así como las condiciones para el otorgamiento y mantención de dichos beneficios.

⁵⁸ Numeral añadido por Circular IF/294, de 5.10.2017

⁵⁹ Título reemplazado, por el que aparece en el Compendio, mediante la Circular IF/N° 94, de 23 de abril de 2009.

⁶⁰ Párrafo modificado por la Circular IF/275, de 2016.

⁶¹ Párrafo modificado por la Circular IF/285, de 2017

2.1. Tabla de Factores

En la configuración de un plan grupal, la isapre no estará obligada a incorporar una Tabla de Factores para la determinación del precio.

Si la isapre opta por considerar una Tabla de Factores, ésta deberá estructurarse conforme a lo dispuesto en el Título II del Capítulo III del presente Compendio de Instrumentos Contractuales.

Los planes grupales cuyo precio se estructura sobre la base de una tabla de precios no asociada a factores de riesgo por sexo y edad podrán continuar incorporando afiliados. Sin embargo, en el evento que deje de operar alguna condición de vigencia del plan grupal y las partes acuerden la suscripción de un nuevo plan grupal que contemple una Tabla de Factores, ésta deberá ajustarse a las disposiciones de la ley, sobre la materia.

3. Cese de las condiciones de vigencia del plan grupal⁶²

Los planes grupales no son susceptibles de ser revisados conforme el procedimiento contemplado en el inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, pues dichas prescripciones legales, por su sentido y alcance, se aplican sólo a la revisión de planes individuales de salud.

Sin perjuicio de ello, si cesan todas o algunas de las condiciones previstas para la vigencia del plan grupal, la isapre podrá proponer y acordar con los cotizantes modificaciones al monto de la cotización pactada o a los beneficios convenidos, en conformidad a las instrucciones que siguen, sin perjuicio del derecho del afiliado a desahuciar el contrato.

En todo caso, los contratos de tipo grupal deberán estipular que ante la eliminación de los beneficios convenidos, la isapre ofrecerá al cotizante un nuevo plan de los que estuviere comercializando a esa época, el cual no podrá contemplar el otorgamiento de beneficios menores a los que podría obtener el afiliado de acuerdo a la cotización legal a que da origen la remuneración del trabajador en el momento de la modificación propuesta.

3.1. Procedimiento para modificar el plan grupal

Para que las modificaciones del plan surtan efectos, éstas deberán ser previamente comunicadas por la isapre a los cotizantes, a través de una carta certificada enviada al último domicilio registrado -que podrá remitirse en forma complementaria a través de correo electrónico-, y aceptadas por cada uno de ellos mediante la suscripción del nuevo plan grupal propuesto, así como del FUN respectivo.

La comunicación descrita y la suscripción individual, no serán necesarias si en la contratación del plan o en forma posterior, se ha mandatado, especial e individualmente por cada contratante⁶³, a uno o más representantes o mandatarios comunes, para negociar las antedichas modificaciones, ajustar las condiciones de vigencia, en su caso, y suscribir los instrumentos correspondientes. La antedicha representación o mandato podrá recaer indeterminadamente en la persona que detente algún cargo o calidad en la empresa o grupo de dos o más trabajadores que, en todo caso, deberá especificarse.

La isapre deberá estar siempre en condiciones de acreditar tanto la personería de quienes hayan actuado en nombre y representación de los cotizantes como la remisión del nuevo Plan de Salud y el FUN respectivo, antes de la entrada en vigencia de sus beneficios, lo que podrá efectuarse en forma alternativa a través de correo electrónico.

En todo caso, los beneficios pactados no sufrirán alteración alguna en tanto no se convenga en la modificación del plan, a través de alguna de las alternativas instruidas precedentemente.

⁶² Número modificado por la Circular IF/N° 199, de 30 de agosto de 2013.

⁶³ Frase entre comas agregada por Ordinario Circular IF/N°13, de 25 de mayo de 2009.

La carta mediante la cual la Isapre comunique los cambios a los afiliados, deberá explicar la necesidad de que éstos suscriban los nuevos documentos contractuales en señal de aceptación, otorgándoles un plazo que se extenderá, a lo menos, hasta el último día hábil del mes subsiguiente al del envío de la carta.

Dicha comunicación deberá exponer, además, el efecto que podrá traer consigo el silencio ante la propuesta efectuada, en el sentido que la falta de acuerdo faculta a la Isapre para poner término al grupal, indicando, además, que en tal caso, ofrecerá un plan de salud individual que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal.

3.2. Procedimiento para ofrecer un nuevo plan de salud individual

Si cesan todas o algunas de las condiciones de vigencia del plan grupal, y no se llega a un acuerdo con los cotizantes o sus representantes o mandatarios comunes sobre las modificaciones contractuales del mismo, la isapre podrá poner término al plan grupal y deberá ofrecerles un nuevo plan individual de salud.

Para estos efectos, la institución comunicará directamente a cada uno de los afectados y por escrito, el término del plan grupal -indicando expresamente la condición de vigencia invocada y la circunstancia descrita en el párrafo anterior- y las alternativas de planes individuales de que dispone para él. Dicha oferta, como mínimo, deberá contemplar el plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del trabajador al momento de terminarse el plan. Asimismo, se le deberá informar su derecho a desahuciar el contrato de salud y desafiliarse de la isapre.

La carta, que podrá remitirse en forma complementaria a través de correo electrónico, deberá señalar claramente el plazo de que dispone el afiliado para optar por alguna de las alternativas propuestas, el que al menos se deberá extender hasta el último día hábil mes siguiente al de la expedición de la comunicación, si se remite por correo, o de su entrega, si ésta es personal. Adicionalmente, deberá informar que ante el silencio del cotizante, se entenderá que acepta el plan individual ofrecido por la isapre que más se ajuste a su cotización legal. Bajo ninguna circunstancia la isapre podrá aplicar automáticamente un plan diferente; ni tampoco estipular que para el evento del término del plan grupal, operará un plan básico predefinido por la institución⁶⁴.

En todo caso, el plan 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 propuesto por la institución.

Este mismo procedimiento, incluyendo el contenido y requisitos de la comunicación, deberá ser aplicado respecto de aquellos afiliados de un plan grupal, que no se hubieren pronunciado acerca de los cambios propuestos, habiendo sido éstos aceptados por los demás afiliados del plan, entendiéndose que respecto de aquéllos terminó el acuerdo que permitía su adhesión al plan grupal.

4. Retiro de un afiliado del plan grupal

En el Contrato de Salud se deberá contemplar como obligación del cotizante, la de informar toda variación de su situación personal que afecte su permanencia en el plan, como por ejemplo, la pérdida de la relación laboral.

En el caso que un cotizante deje de cumplir con los requisitos establecidos para su permanencia en el plan grupal, la institución tendrá la obligación de ofrecerle, al menos, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de su cotización legal vigente en ese momento, a menos que se trate de la situación descrita en el inciso final del artículo 200 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud.

⁶⁴ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

Para dar cumplimiento a dicha obligación, la Institución deberá sujetarse al procedimiento descrito en el punto 3.2 precedente.

5. Caso del cotizante que fallece

En el evento del fallecimiento del cotizante de un plan de salud grupal pactado en el porcentaje equivalente a la cotización legal, y terminada la vigencia del beneficio contenido en el artículo 203 del DFL N° 1, la isapre estará obligada a ofrecer a los beneficiarios señalados en el inciso primero de dicho artículo, el mismo plan de salud grupal, debiendo éstos pagar las cotizaciones para salud provenientes de las pensiones o remuneraciones devengadas por ellos⁶⁵.

Las modificaciones al plan grupal de salud y su eventual término, también afectarán a los beneficiarios que se encuentren en la situación descrita en el párrafo precedente, en cuyo caso, la isapre deberá proceder conforme lo establecido en el punto 3.2 precedente.

6. No incorporación o suspensión de la CAEC en los planes grupales⁶⁶

6.1. Requisitos y procedimiento para no incorporar o suspender la CAEC

La isapre podrá no incorporar o suspender la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile, CAEC, si todas las personas afiliadas a un plan grupal, ya sea cada cotizante en forma individual o a través de su representante o mandatario común, solicitan no incorporarla o suspenderla, siempre y cuando se den todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a) Que todos los beneficiarios del plan grupal dispongan de un beneficio alternativo que reemplace a la CAEC y que sea considerada equivalente a ella por los cotizantes del respectivo plan. La isapre deberá contar, en cada caso, con los documentos que acrediten aquella circunstancia.
- b) Que los afiliados o su representante o mandatario común comuniquen por escrito su voluntad de no incorporar o suspender la CAEC.

En su caso, el representante o mandatario deberá acreditar ante la isapre que la antedicha determinación se ha adoptado conforme el procedimiento y demás requisitos pactados con sus representados.

En caso de ponerse término, por cualquier causa, al beneficio alternativo del plan grupal respectivo, la isapre estará obligada a entregar la CAEC a todos los afiliados adscritos a ese plan grupal, a partir del momento en que tome conocimiento de dicha situación, pudiendo cobrar por ella a cada cotizante del mismo.

Para dar cumplimiento a la obligación instruida en el párrafo precedente, la isapre, al momento de acordar la no incorporación o la suspensión de la CAEC, deberá informar a los afiliados al plan grupal o a sus representantes o mandatarios comunes, el deber que les corresponde de comunicar oportunamente a la Institución de Salud el término del beneficio alternativo que reemplazará a la CAEC y los efectos derivados de dicha comunicación. La isapre deberá contar con los documentos que acrediten el cumplimiento de esta obligación.

6.2. Información a la Superintendencia

La isapre que suscriba planes grupales sin la incorporación de la CAEC o que habiéndola incorporado decide suspender su otorgamiento por darse las condiciones previstas en el párrafo primero del punto anterior, deberá comunicar por escrito a la Superintendencia de Salud, en un plazo no superior a 15 días hábiles de suscrito el plan o de la suspensión de la CAEC, los siguientes antecedentes:

⁶⁵ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 102, de 4 de agosto de 2009.

⁶⁶ El procedimiento de incorporación de la CAEC a los planes grupales, está regulado en el N° 2 del Título IV del Capítulo IV del Compendio de Beneficios.

- a) Nombre del plan grupal;
- b) Número de afiliados y beneficiarios adscritos al mismo;
- c) Identificación del beneficio que reemplaza la CAEC;
- d) Características de la cobertura adicional que otorga el beneficio;
- e) Fecha de suscripción del beneficio.

6.3. Ámbito de Aplicación

Las instrucciones del presente punto sólo serán aplicables a las isapres que tengan incorporado en sus contratos de salud previsual las “Condiciones de la Cobertura Adicional para enfermedades Catastróficas en Chile”, de conformidad con las instrucciones vigentes sobre la materia.

Título III (Eliminado)⁶⁷

Título IV Instrucciones Especiales para los Contratos que Contemplan Planes con Cobertura Reducida de Parto ⁶⁸

1. Prohibición de suscribir Planes con cobertura reducida de parto⁶⁹

A contar del 1 de diciembre de 2019, las isapres no podrán comercializar y/o suscribir planes complementarios de salud que contemplen para las prestaciones relacionadas con el parto una cobertura inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del plan o inferior a la que da el Libro II para los beneficiarios del sistema público, la que comprende asistencia médica curativa que contiene consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamiento, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan.

2. Modificación de un Plan con Cobertura Reducida de Parto

En este tipo de planes se deberá incluir una cláusula destacada -cuyo formato se define en el Anexo N° 7 del presente Capítulo- que establezca el derecho que le asiste a los cotizantes de sustituir el plan por otro que contemple cobertura para las atenciones relacionadas con el parto en los mismos términos previstos para el resto de las prestaciones.

La isapre estará obligada a aceptar el cambio solicitado, pudiendo el (la) cotizante optar por incorporarse, dentro de aquéllos que comercialice la isapre, a alguno de los siguientes planes:

- a) Un plan de salud que mantenga una equivalencia con el precio de aquél que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida.
- b) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y aumente la cobertura de parto.

En todo caso, las partes podrán convenir, de común acuerdo, que el (la) cotizante se incorpore a un plan que otorgue mayores beneficios, realizando los ajustes de precio que correspondan.

La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al nuevo plan, la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde su suscripción hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva

⁶⁷ El contenido del Título III fue trasladado al número 6 del título I, por la Circular IF/N°285, de 2017

⁶⁸ Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

⁶⁹ Numeral reemplazado por Circular IF/N°334 de 2019.

del embarazo, más la proporción restante, correspondiente al plan que estaba vigente a la fecha de la modificación⁷⁰.

⁷⁰ Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

ANEXOS (derogados) ⁷¹

Anexo N° 1 Plan Libre Elección

Anexo N° 2 Instrucciones de llenado del Plan de Salud Libre Elección

Anexo N° 3 Plan con Prestadores Preferentes

Anexo N° 4 Instrucciones de llenado del Plan de Salud con Prestadores Preferentes

Anexo N° 5 Plan Cerrado

Anexo N° 6 Instrucciones de llenado del Plan Cerrado

Anexo N° 7 Cláusula sobre movilidad de cotizante de planes con cobertura reducida de parto ⁷²

CLÁUSULA QUE GARANTIZA LA MOVILIDAD DE LOS COTIZANTES ADSCRITOS A PLANES CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO

Conforme a lo señalado en el Punto 2 del Título IV de este Capítulo, en los planes con cobertura reducida de parto deberá incluirse, en forma destacada, la siguiente cláusula:

"Durante la vigencia del presente plan, la isapre estará obligada a aceptar el cambio que el (la) cotizante le solicite.

El (la) cotizante tendrá derecho a optar, al menos, entre los siguientes planes de salud:

a) Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquél que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida.

b) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y aumente la cobertura de parto".

En todo caso, las partes podrán convenir, de común acuerdo, que el (la) cotizante se incorpore a un plan que otorgue mayores beneficios, realizando los ajustes de precio que correspondan.

La cobertura para las prestaciones originadas en la atención del parto no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar al nuevo plan, la proporción resultante entre el número de meses transcurridos desde su suscripción hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo, más la proporción restante, correspondiente al plan que estaba vigente a la fecha de la modificación⁷³.

Anexo N° 8 Declaración de Embarazo (eliminado) ⁷⁴

⁷¹ Derogados por la Circular IF/N°285, de 2017

⁷² Modificado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

⁷³ Modificado por Circular IF N°271, de 21.07.2016

⁷⁴ Eliminado por Circular IF N°233, de 18.11.2014

Capítulo III Otros Documentos Contractuales

Título I (Eliminado)⁷⁵

Título II Tabla de Factores de los Planes de Salud Complementarios⁷⁶

1. Introducción⁷⁷

Las tablas de factores de los planes de salud que se comercializan a contar del 1 de julio de 2005 y de los planes alternativos que la isapre debe ofrecer a sus afiliados en las cartas de adecuación enviadas a contar del mismo mes, deberán ajustarse conforme lo dispuesto en el presente Título.

Las tablas de factores de los planes de salud de contratos suscritos con anterioridad al 1 de julio de 2005, se mantendrán vigentes hasta que el afiliado opte por aceptar un plan alternativo que se ofrezca en alguna adecuación o hasta que contrate un plan de salud distinto.

2.⁷⁸

Las instituciones de salud previsional deberán utilizar, para la totalidad de los planes de salud que comercialicen, durante los próximos cinco años contados desde la entrada en vigencia de las presentes instrucciones, la tabla de factores única que se indica a continuación:

Tabla de Factores		
Tramos de Edad	Cotizantes	Cargas
0 a menos de 20 años	0,6	0,6
20 a menos de 25 años	0,9	0,7
25 a menos de 35 años	1,0	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1,0
55 a menos de 65 años	2,0	1,4
65 y más años	2,4	2,2

Dicha tabla será aplicada para la determinación del precio en el momento de la suscripción del contrato y de la incorporación de beneficiarios, según sea el caso. Sin embargo, no regirá para efectos de modificación del precio por cambio de tramo etario.

⁷⁵ Eliminado por Circular IF/N° 305 de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

⁷⁶ Numeral incorporado por el Ordinario Circular IF/N°13 de 25 de mayo de 2009.

⁷⁷ Numeral incorporado por el Ordinario Circular IF/N°13 de 25 de mayo de 2009.

⁷⁸ Reemplazado por Circular IF/N° 343, del 11.12.2019, con inicio de vigencia 01.04.2020.

Las isapres que, en el período 2020 - 2021, hagan uso de la facultad prevista en el artículo 197 del DFL N° 1, de Salud, de 2005, deberán ofrecer planes de salud alternativos que cumplan con los requisitos establecidos en el N° 6 del artículo 198 del citado DFL, es decir, que tengan a lo menos un año de comercialización y personas adscritas a ellos. Por lo tanto, en dicho proceso de adecuación, los planes alternativos ofrecidos y pactados contendrán una tabla distinta a la instruida precedentemente.

Título III Formato Mínimo del Formulario Único de Notificación (FUN)

El formato del FUN se contiene en el Anexo N° 6 agregado al final de este Capítulo y contempla los campos mínimos exigidos por la Superintendencia de Salud, pudiendo la isapre, agregar en cualquier sección, otros campos que estime pertinentes.

1. Características Generales del FUN

1.1.- Podrá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico o, a través de la emisión computacional de los ejemplares correspondientes. Si el llenado se realiza manualmente, los registros deberán consignarse con letra imprenta.

El reverso del FUN podrá constar en una segunda hoja, en la que deberá registrarse el mismo folio del anverso del FUN.

1.2.- Sea cual fuere el procedimiento de confección del FUN, la isapre deberá adoptar todos los resguardos que garanticen la absoluta consistencia e igualdad de los datos establecidos en los respectivos ejemplares.

1.3.- Deberá ser emitido por la isapre con foliación correlativa, seguida por el código de la Institución emisora, separado por un guion.

1.4.- Constará de tres ejemplares, uno para la isapre, otro para el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y un tercero, para el cotizante.

Adicionalmente, la isapre podrá agregar otros ejemplares que estime pertinentes.

Cada ejemplar deberá indicar el destinatario en la parte superior, inmediatamente debajo de la expresión "Formulario Único de Notificación".

1.5.- Se deberán utilizar todas las secciones que sean pertinentes a la(s) notificación(es) de que se trate.

No obstante lo anterior, esta Intendencia estima altamente conveniente que cada vez que se suscriba un FUN, independiente de la(s) notificación(es) de que se trate, se completen todas las secciones a objeto de tener en ese solo documento la situación actualizada del cotizante.

Deberán completarse todos los campos respecto de los cuales corresponda registrar información. Excepcionalmente, podrán quedar en blanco los campos referidos a teléfono, celular, correo electrónico, fax y casilla de correo, referidos al empleador y afiliado, cuando por voluntad de este último quisiera guardar reserva respecto de ellos.

1.6.- Se deberán registrar los datos actualizados del contrato, independiente de la notificación de que se trate, por ejemplo, actualización de la dirección del afiliado o empleador, teléfono y correo electrónico.

La actualización del cambio en el tramo de edad de algún beneficiario, deberá efectuarse en el mes de la anualidad, mediante el FUN tipo 6.

1.7.- Todos los ejemplares deberán ser suscritos por quienes corresponda, a excepción de los casos en que opere la aceptación tácita de la adecuación contractual propuesta por la isapre y en aquellas situaciones en que sea necesaria la firma del cotizante en virtud de la aplicación de disposiciones legales, de normativa administrativa o de estipulaciones contractuales.

1.8.- Deberá utilizarse un solo formulario para notificar dos o más modificaciones contractuales que sean simultáneas. En tales situaciones, los tipos de Notificación no deberán separarse con símbolos tales como guion, asterisco, punto, etc.

1.9.- En caso de existir un beneficiario cotizante, se debe llenar otro FUN para él, con copia a la entidad encargada del pago de su cotización.

1.10.- Cuando la notificación lo requiera, se llenarán tantos formularios como entidades encargadas del pago de la cotización existan, tomando especial cuidado que su contenido corresponda a la entidad respectiva y dé cuenta de su relación contractual con el afiliado.

1.11.- El reverso del FUN deberá contener la sección A: "Constancia de Entrega de Documentos Contractuales", la sección B: "Constancia de Impedimento de Notificación del FUN" y la sección C: "Notas Explicativas del llenado del FUN", en esta última sección deberán agregarse las definiciones precisadas en el punto 3.4 letras a) y e) del presente Título.

1.12.- Alternativamente, aquellas isapres que utilicen en la suscripción de contratos el instrumento "Condiciones Tipo" regulado por la Superintendencia, deberán consignar al reverso del FUN un contenido diferente para la Sección A del formulario. En este caso la sección A corresponderá a: "Constancia de Contratación y entrega de documentos". El formato del reverso del FUN "Adherido a Condiciones Tipo" consta como segundo anexo del presente Capítulo.⁷⁹

Este formato de FUN sólo debe ser utilizado por aquellas isapres que voluntariamente se adhieran al uso y entrega de las Condiciones Tipo.

2. Tipos de Notificación

2.1.- SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO

Se utilizará el Tipo de Notificación 1 para dar cuenta de la afiliación de una persona a la isapre.

Asimismo, si el contrato contempla la incorporación de un beneficiario cotizante, este último también deberá suscribir un FUN Tipo de Notificación 1, para dar cuenta de ello a la entidad encargada del pago de la cotización, indicándose en el formulario su condición de tal.

⁷⁹ Frase final reemplazada por Circular IF/275, de 2016.

2.2.- TÉRMINO DE CONTRATO POR PARTE DE LA ISAPRE

Se utilizará el Tipo de Notificación 2 para dar cuenta del término del contrato de salud de un afiliado por parte de la isapre.

2.3.- SITUACIONES ESPECIALES

Se utilizará el Tipo de Notificación 3 en caso de instrucciones especiales de la Superintendencia, tal como ajuste a nuevas leyes.

2.4.- SUSTITUCIÓN, ADICIÓN O ELIMINACIÓN DEL EMPLEADOR, CAMBIO DE SITUACIÓN LABORAL O PREVISIONAL DEL COTIZANTE

Se utilizará el Tipo de Notificación 4 para dar cuenta de la sustitución, adición o eliminación del empleador o entidad encargada del pago de la pensión o del cambio de la situación laboral o previsional del cotizante.

2.5.- CAMBIO DE FECHA PARA CONTABILIZAR LOS PERÍODOS ANUALES

Se utilizará el Tipo de Notificación 5 para dar cuenta del cambio del mes de la anualidad del contrato.

Este Tipo de Notificación, también se utilizará cuando las partes modifiquen el mes de la anualidad de sus contratos de salud previsional, en el caso de planes grupales y compensados⁸⁰, con el objeto de hacer coincidir la anualidad de todos los que pertenecen al grupo. Lo anterior, será procedente también respecto de los planes individuales, siempre que dicha notificación vaya asociada a un cambio de plan de salud.

2.6.- VARIACIÓN DEL PRECIO POR CAMBIO DEL TRAMO DE EDAD

Se utilizará el Tipo de Notificación 6, única y exclusivamente, para dar cuenta de la variación del precio del plan de salud complementario, producto del cambio en el tramo de edad que experimenten los beneficiarios del contrato de salud. Para cualquier otra modificación de la cotización pactada, deberá ceñirse a lo señalado en el punto 2.8 siguiente.

2.7.- MODIFICACIÓN DEL TIPO DE BENEFICIARIO Y/O RECTIFICACIÓN E INCORPORACIÓN DE ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO

Se utilizará el Tipo de Notificación 7 para dar cuenta de la inclusión o eliminación de un beneficiario del contrato y/o cuando se modifique el tipo de beneficiario, de carga legal a carga médica o viceversa.

La isapre podrá utilizar un FUN Tipo 7 cuando el afiliado solicite la rectificación de alguno de los antecedentes personales de los beneficiarios del contrato, como por ejemplo, rectificación de RUN, incorporar nombres y RUN de una carga inscrita anteriormente como nonato.

⁸⁰ La Circular IF/275, de 2016, sustituyó la expresión “matrimoniales” por “compensados”.

2.8.- MODIFICACIÓN DE LA COTIZACIÓN PACTADA

Se utilizará el Tipo de Notificación 8 para dar cuenta de toda modificación de la cotización pactada distinta a lo señalado en el punto 2.6 precedente.

2.9.- CAMBIO DE PLAN

Se utilizará el Tipo de Notificación 9 para dar cuenta de la modificación del plan de salud complementario, pactado por las partes.

3. Llenado del FUN

Los campos contemplados en cada una de las secciones señaladas en el anverso y reverso del FUN se deberán llenar según se indica a continuación:

3.1.- Sección A: “Tipos de Notificación”

a) En el campo “Tipos de Notificación”, se consignará el o los tipos de notificación que correspondan, según se define en el número 2 precedente.

b) En el campo “Tipo de Cotizante”, se deberá señalar si se trata del titular o del beneficiario que aporta su cotización de salud, en los términos que establece el inciso tercero del artículo 202, del D.F.L. N° 1, de la siguiente manera:

1. Cotizante Titular.
2. Beneficiario Cotizante.

3.2.- Sección B: “Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar”

a) Se debe identificar al cotizante con su número de cédula de identidad (RUN), nombre completo, domicilio particular con indicación de calle, número, departamento, block, villa, población, cuando corresponda, etc. Además, se debe indicar la comuna, ciudad, número de teléfono y celular, correo electrónico, casilla de correo y fecha de nacimiento.

b) En el campo “Sexo”, se deberá consignar la letra “M” para masculino y la letra “F” para femenino.

c) En el campo “Tipo de Afiliado”, se deberá completar con las letras que se indican, la calidad laboral del cotizante:

- D. Dependiente.
- I. Independiente.
- P. Pensionado.
- V. Voluntario.

En el caso que una persona detente más de una de las calidades señaladas precedentemente, se deberán llenar tantos formularios como calidades tenga.

d) El campo “Nombre Institución de Salud Anterior”, se debe llenar con el nombre de la institución de salud anterior a la suscripción del contrato.

e) El campo “Nombre A.F.P. o Institución de Previsión”, se debe completar sólo en caso de trabajadores activos.

f) En el campo “Total Beneficiarios”, deberá indicarse la cantidad total de beneficiarios del contrato de salud vigente, incluyendo al cotizante, cargas legales y cargas médicas.

g) En el recuadro “Identificación de los Beneficiarios”, se debe especificar para cada uno de ellos, lo siguiente:

- Código de movimiento (Cód Mov.):

01. Entra: Se utiliza cuando se incorpora una carga

02. Sale: Se utiliza cuando se elimina una carga

03. Modifica: Se utiliza cuando se modifica el tipo de beneficiario y/o se rectifica o incorpora antecedentes personales del beneficiario.

- N° Cédula de Identidad Beneficiario (RUN)

- Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres

- Fecha de Nacimiento (día, mes y año)

- Sexo (F = Femenino, M = Masculino)

- Tipo de beneficiario

01. Carga Legal

02. Carga Médica

- Código de Relación

01. Cónyuge

02. Padre

03. Madre

04. Hijos

05. Otros

06. Conviviente Civil⁸¹

3.3.- Sección C: “Antecedentes Empleador o Entidad Encargada del Pago de la Pensión”

a) Se deberá consignar el RUT del empleador o entidad encargada del pago de la pensión, nombre o razón social, teléfono o celular, fax, correo electrónico, domicilio con indicación de calle, número, comuna, ciudad y región, donde debe enviarse la correspondencia al empleador o a la entidad encargada del pago de la pensión.

b) En el campo “N° de Entidades Encargadas del Pago de Cotizaciones”, deberá indicarse el total de entidades que concurren al pago de la cotización, en el momento de la suscripción del contrato de salud o de su modificación.

c) El campo “Modificación”, sólo debe llenarse cuando corresponda a un Tipo de Notificación 4, debiendo consignar si se sustituye, agrega o elimina el empleador o entidad encargada del pago de la pensión, llenándolo con las letras S, A o E, respectivamente. En todos los otros tipos de notificación, el campo en comento deberá quedar en blanco.

3.4.- Sección D: “Antecedentes del Contrato”

a) En el recuadro “Financiamiento de la Cotización Pactada (Monto y Modalidad)”, se deberá indicar la forma en que se financia la cotización pactada y la modalidad en que se expresa cada uno de los

⁸¹ Numeral 06 agregado por Circular IF N° 250, de 2015.

conceptos señalados, esto es, Unidades de Fomento (UF), moneda de curso legal en el país o porcentaje de la renta imponible.

El monto total de la cotización pactada puede ser compensado, es decir, que su financiamiento contemple el aporte de otro afiliado.

Por su parte, en el recuadro en comento se deberá indicar, en caso que corresponda, los datos del RUN Afiliado asociado a la Compensación, RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada. Si existen más afiliados asociados a la compensación y/o más empleadores asociados al pago de la cotización pactada, la isapre deberá considerar esta situación al momento de la elaboración e impresión de FUN, agregando los casilleros que estime pertinentes.

Los conceptos contenidos en el recuadro “Financiamiento de la Cotización Pactada”, se definen a continuación:

- **Total Cotización Pactada:** Corresponde a la definición de este concepto contenida en la última viñeta de la letra e) que más adelante se detalla y debe corresponder al mismo monto y modalidad, allí registrado.
- **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación, para financiar la cotización pactada.
- **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en el FUN.

Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor al total de la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato.

La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+\$).

- **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensando, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

b) En el campo “Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de”, se debe indicar el mes y año de la primera remuneración que quedará afecta a la cotización.

c) En el campo “Inicio de Vigencia de Beneficios (mes incluido)”, se debe indicar el mes y año de inicio de vigencia de los beneficios del contrato.

d) En el campo “Tipo de Plan”, deberá identificarse, con las letras I, G o C, si se trata de un plan individual, grupal o individual compensado:

I. Individual

G. Grupal

C. Individual Compensado

e) En el recuadro “Descomposición de la Cotización Pactada” se deberá indicar el precio que se pactó por cada producto contratado y la modalidad en que se expresa cada uno de ellos, esto es, Unidades de Fomento (UF), moneda de curso legal en el país o porcentaje de la renta imponible.

Los productos contenidos en el recuadro citado precedentemente, se definen a continuación:

- Precio Base Plan: Es el precio asignado por la isapre a cada plan de salud complementario.
- Factor Grupo Familiar: Corresponde a la suma de factores etarios asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad): Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- Precio GES: Precio que la isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud, correspondiente al valor total del grupo familiar.
- Precio CAEC: Corresponde al precio que cobra la isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) otorgada al afiliado y a sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- Precio Beneficio Adicional: Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- Total Cotización Pactada: Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los beneficios adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.

f) El campo “Anualidad”, deberá reflejar el mes de suscripción del contrato, sin perjuicio de un posterior cambio del mes de anualidad que acuerden las partes.

g) En el campo “Renuncia Excedentes”, se deberá indicar si existe o no renuncia a este beneficio por parte del afiliado.

h) El campo “Renta Imponible”, corresponde a la remuneración o pensión del mes anterior a la suscripción del contrato o anterior a la modificación de la cotización pactada. Tratándose de trabajadores dependientes o pensionados, la renta imponible deberá corresponder a lo consignado en la última liquidación de remuneración o pensión emitida por la entidad encargada del pago de la pensión, o en su defecto, la registrada en el contrato de trabajo o en la última planilla de pago de cotizaciones AFP o IPS o la entidad que lo reemplace⁸², o la registrada en la última planilla de declaración y pago de cotizaciones recibida en la isapre.

En el caso de afiliados voluntarios, el campo “Renta Imponible” debe quedar en blanco.

i) En el campo “Identificación del Plan”, deberá indicarse la denominación del plan de salud complementario contratado. Este nombre deberá ser único y de uso general en todos los documentos y archivos de la isapre.

j) En el campo “Equivalencia en pesos del Precio del Plan a la fecha de Suscripción del Contrato”, la isapre deberá especificar, a la fecha de suscripción del contrato, la equivalencia en moneda de curso legal, del precio del plan pactado en Unidades de Fomento (UF) o en el porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

⁸² Expresión modificada por Circular IF/275, de 2016.

3.5.- Sección E: Antecedentes de la isapre

El Agente de Ventas que participa en la negociación, suscripción, modificación o terminación del contrato, se deberá identificar con su firma, nombre y RUN.

3.6.- Anotaciones Finales del FUN

a) La Firma Habilitado isapre y la Firma del Cotizante deben efectuarse simultáneamente, con indicación de las fechas efectivas de suscripción o modificación del contrato. En el evento que el habilitado de la isapre para suscribir el contrato de salud previsual sea el mismo agente de ventas que intervino en la negociación del contrato, se deberán completar los dos casilleros correspondientes del formulario, aunque se repita la firma.

Tratándose de aquellos FUN que deban ser suscritos por el afiliado, además se deberá estampar en la copia de la isapre, con medios indelebles, la huella dactilar del pulgar derecho del cotizante, en un apartado especialmente dispuesto para ello y situado en proximidad a su firma, cuyas dimensiones no podrán ser inferiores a 3 cm. por 2 cm⁸³.

b) Firma Empleador o Entidad Encargada del pago de la Pensión y fecha de la notificación deberá llenarse sólo en el caso de trabajadores dependientes o pensionados.

3.7.- Reverso del FUN

El contenido del reverso del FUN está compuesto por tres secciones. La tercera sección, referida a las “Notas explicativas del llenado del FUN” es obligatoria en los tres ejemplares del FUN, en tanto que las dos primeras secciones sólo son exigibles en el ejemplar del FUN de la isapre.

Sección A: “Constancia de Entrega de Documentos Contractuales”

En este recuadro se debe dejar constancia de los documentos contractuales entregados al afiliado, de acuerdo a la siguiente pauta:

- La isapre, frente a cada documento que está obligada a entregar al momento de la suscripción o modificación del contrato de salud, deberá escribir una X en el espacio habilitado para ello, en señal de recepción por parte del afiliado. Los documentos son: Condiciones Generales del Contrato; FUN; Declaración de Salud; Plan de Salud; Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan; Mecanismos de Otorgamiento de los Beneficios Mínimos; las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y los Procedimientos de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud.
- Asimismo, en el formato alternativo que será utilizado por las isapres que adhieran a las “Condiciones Tipo”, se completará la Sección A con los datos del afiliado quien deberá seleccionar la modalidad de entrega del citado instrumento.
- Firma del cotizante: El cotizante deberá firmar en señal de aceptación y conformidad al momento de la recepción de los documentos.
- Fecha: Se deberá estampar el día, mes y año en que se efectúe la entrega de los documentos.

Sección B: “Constancia de Impedimento de Notificación del FUN”

En este recuadro se debe dejar constancia del impedimento de notificar el FUN al empleador porque éste se niega a recibirlo o no es habido, según se indica a continuación.

- Rechazo por el Empleador: La persona encargada de practicar la notificación deberá anotar en este espacio, la causa mencionada por el empleador que justifica el rechazo.

⁸³ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012.

- Empleador no es Habido: La persona encargada de practicar la notificación deberá explicar en este espacio la causa de este impedimento.
- Fecha de la Notificación: En este espacio se estampará el día, mes y año en que se practicó el procedimiento.
- Nombre del Encargado de la Notificación: Se anotará el nombre del funcionario de la isapre o de la persona en quién ella delegue la función de notificar.
- RUN: Se deberá anotar el RUN del encargado de efectuar la notificación.
- Firma: Se deberá consignar la firma del encargado de efectuar la notificación

Sección C: “Notas explicativas del llenado del FUN”

Con el sólo propósito de dar mayor claridad al afiliado y al empleador o entidad encargada del pago de la pensión, respecto del monto de la cotización que corresponde enterar en la isapre, se deberán consignar en el reverso del FUN todas las definiciones señaladas en el punto 3.4.- letras a) y e) del presente Capítulo.

4. Situaciones Especiales

4.1.- Tipo de Notificación 4

a) En la sección B se debe tener en cuenta lo siguiente:

- En el campo “Tipo de Afiliado”, si la modificación corresponde a cambio de condición laboral o previsional del afiliado, se consignará la última condición adquirida.
- Si se agrega un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, se deberá indicar la calidad del afiliado, esto es, dependiente o pensionado, según corresponda.

b) En la sección C, se debe tener en cuenta que:

- Si se elimina un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, se deberá identificar en el FUN que se le notifica, el RUT y nombre o la razón social del empleador que se elimina y completar el campo “Modificación” (E=Elimina).

En el FUN del empleador que permanece, se deberá completar la sección D para regularizar los campos correspondientes, tales como, “Cotización otro(s) Empleador(es)”, “RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada”.

- Cuando se produzca un cambio de la condición laboral del trabajador de independiente a dependiente, se deberán completar todos los datos del nuevo empleador. El campo “Modificación” no debe llenarse.
- Tratándose de un trabajador dependiente que adquiera la calidad de independiente, deberán completarse todos los datos del empleador que se elimina. El campo “Modificación” se llenará con la letra E= elimina.

c) En las anotaciones finales del FUN, se debe tener en cuenta lo siguiente:

La copia del empleador y/o de la entidad encargada del pago de la pensión, deberá notificarse a cada uno de ellos según corresponda, obteniendo la firma respectiva en⁸⁴ el ejemplar destinado a la isapre, dentro del plazo establecido para estos efectos. En caso de eliminación de un empleador, no será necesario obtener la firma de éste, en el ejemplar de la isapre.

d) Emisión de FUN de regularización Tipo 4⁸⁵

d.1) Por cambio de entidad pagadora de la cotización de salud

Cuando la isapre detecte o constate que el cotizante omitió la notificación de cambio de empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y cuenta con antecedentes suficientes acerca de quién pagará sus cotizaciones, confeccionará el FUN tipo 4 correspondiente, sin necesidad de la firma del cotizante, enviando copia de éste al afiliado por correo certificado, o en forma alternativa por correo electrónico⁸⁶.

Para acreditar esta situación, la isapre deberá contar con las planillas de pago de cotizaciones en que conste que el pago ha sido realizado, a lo menos, en dos oportunidades consecutivas, por el nuevo empleador o entidad encargada del pago de la pensión. Por otra parte, en los casos en que exista sólo cambio de nombre y RUT de un empleador, manteniendo la continuidad de sus trabajadores, será suficiente contar con una carta de dicho empleador en el que comunique estos cambios.

En cualquier caso, deberá mantener ese antecedente en el Sistema de respaldo, para eventuales fiscalizaciones.

d.2) Por cambio de condición laboral

Cuando la isapre detecte y verifique que el cotizante omitió la notificación de cambio de su condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario, y viceversa, podrá regularizar dicha situación con la emisión de un FUN tipo 4 sin firma del afiliado, siempre que esté en condiciones de acreditar que ha efectuado dos citaciones al afiliado, existiendo un lapso de tiempo de 15 días entre la notificación de la primera y segunda citación y que, habiendo transcurrido el plazo otorgado para ello -que no podrá ser inferior a 30 días en total- éste no concurrió a realizar el trámite requerido.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico⁸⁷.

Las citaciones antes mencionadas podrán realizarse mediante carta certificada a través de correo y/o por e-mail, en los casos que el correo electrónico del cotizante se encuentre registrado en la Isapre. En caso que la citación sea vía e-mail, la Isapre deberá estar en condiciones de acreditar el acuse recibo por parte del afiliado. En esta citación se deberá solicitar al afiliado, cuando corresponda, lo siguiente: a) que actualice y acredite su condición laboral; b) que actualice su situación contractual en términos del financiamiento de la cotización pactada; c) otros⁸⁸.

Junto con probar que efectuó las citaciones, la isapre deberá acreditar en los casos que a continuación se indican, lo siguiente:

⁸⁴ Se reemplaza la oración "en el original" por "en el ejemplar". de acuerdo a la Circular IF N°274 de 2016

⁸⁵ Letra modificada por la Circular IF/N° 143, de 25 de enero de 2011.

⁸⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

⁸⁷ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 178, de 25 de octubre de 2012.

⁸⁸ Párrafo modificado por la Resolución Exenta N° 331, de 18 de abril de 2011.

d.2.1) Cambio de condición laboral de trabajador dependiente a trabajador independiente o voluntario.

Requisitos copulativos:

a) Contar con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones del empleador en la que se encuentre registrado el código 2 correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el empleador anterior, donde se indique el término de la relación laboral; finiquito del contrato de trabajo del cotizante o; cualquier instrumento auténtico que pruebe la situación de cesantía.

b) Contar con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones donde conste que el entero de la cotización ha sido efectuado por el propio cotizante.

En los casos en que el cotizante ha cambiado su condición laboral de trabajador dependiente a independiente, deberá acreditarlo mediante un certificado de pago de cotizaciones de la A.F.P.

En el evento que no se acredite esta nueva condición laboral dentro del plazo otorgado por la aseguradora en las citaciones a que se refiere el segundo párrafo del punto d.2) de la presente Circular, se considerará al cotizante como “Voluntario”.

d.2.2) Cambio de condición laboral de trabajador independiente o voluntario a trabajador dependiente:

Contar con la planilla de pago de cotizaciones donde conste que el pago de cotizaciones legales de salud del afiliado, ha sido efectuado por un mismo empleador, por un período mínimo de 2 meses consecutivos.

d.3) Para regularizar el financiamiento de la cotización pactada del pensionado

Cuando la isapre detecte que la pensión de un afiliado es insuficiente para cubrir la cotización pactada de su plan de salud, podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado para reflejar aquella diferencia de cotizaciones no cubierta por la pensión y que debe ser pagada directamente por el pensionado, siempre que pueda probar que efectuó las dos citaciones a que hace referencia el punto d.2) del presente Título⁸⁹ y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos:

a) Que haya notificado el monto de la cotización pactada del pensionado a la respectiva entidad pagadora de la pensión;

b) Que cuente con, al menos, 2 planillas de pago de cotizaciones de la entidad pagadora de la pensión en la que conste que el monto total de la pensión se destinó al pago de la cotización.

La emisión de este FUN tipo 4 tiene por objeto notificar al pensionado de la existencia de una diferencia de cotización que no está siendo cubierta por su pensión y que, por lo tanto, debe ser financiada directamente por él.

Lo anterior, sin embargo, no faculta a la isapre para modificar la condición de pensionado a independiente o voluntario, toda vez que la calidad legal de pensionado no se ve modificada por el hecho que el cotizante deba pagar directamente eventuales diferencias de precio.

Por otra parte, la isapre estará facultada para cobrar directamente al cotizante pensionado el diferencial de cotización, sin embargo no podrá disponer el término de contrato por deuda de cotizaciones.

⁸⁹ La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión “de la presente Circular” por “del presente Título”.

La Isapre, adicionalmente al envío por correo certificado de la copia del FUN 4 al afiliado, podrá remitirlo en forma complementaria por correo electrónico⁹⁰.

d.4) Para regularizar la situación del trabajador dependiente que cotiza a través de dos empleadores y uno de ellos deja de pagar.

La isapre podrá emitir un FUN tipo 4 sin firma del afiliado y notificarlo al empleador que continúa cotizando, para informarle el monto de la cotización total pactada a descontar, siempre que haya efectuado las dos citaciones a que hace referencia el punto d.2) del presente Título⁹¹ y se cumplan los siguientes requisitos:

Requisitos copulativos para la eliminación del empleador que no paga:

- a) Que cuente con alguno de los siguientes documentos: Planilla de pago de Cotizaciones de uno de los empleadores en la que se encuentre registrado el código 2, correspondiente a “término de la relación laboral” del cotizante; certificado entregado por el referido empleador donde se indique el término de la relación laboral o finiquito de contrato de trabajo del cotizante.
- b) Que entre los documentos que reciba respecto del pago de las cotizaciones del afiliado no exista una planilla a nombre de un nuevo empleador o del propio cotizante que dé cuenta del pago del monto de la cotización que ya no es enterada por el empleador que puso término a la relación laboral.”

4.2.- Tipo de Notificación 6

Al final del FUN deben consignarse la firma del habilitado de la isapre y fecha. No consignará firma del afiliado cuando se trate de una notificación con aceptación tácita.

4.3.- Tipo de Notificación 7

a) En la sección B, recuadro “Identificación de los beneficiarios”, en el caso de un nonato, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El número de cédula de identidad (RUN) del beneficiario se deberá llenar con dígitos 00.
- En la columna que se refiere a los nombres del beneficiario se deberá consignar las letras NN
- Los campos Fecha de Nacimiento y Sexo, deberán dejarse en blanco.

b) En la sección D, cuando se incluyan beneficiarios al contrato, se deberá completar el campo “Inicio de Vigencia de Beneficios”

4.4.- Tipo de Notificación 8

a) En la sección D, se deberán llenar los siguientes campos, de acuerdo a las consideraciones que se indican:

⁹⁰ Párrafo incorporado por la Circular IF/N° 178, de 24 de octubre de 2012.

⁹¹ La Circular IF/275, de 2016, reemplazó la expresión “de la presente Circular” por “del presente Título”.

- En el campo “Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de”, debe consignarse el mes y año al cual corresponde la remuneración afecta a la cotización de salud que se está modificando. Cuando se trate de la incorporación de un recién nacido, la primera cotización corresponderá a aquella que se descuenta de la remuneración devengada en el mes anterior al nacimiento.

- En el campo “Total Cotización Pactada”, se debe consignar el monto total de la cotización pactada y su modalidad, incluyendo el incremento o la disminución de ésta por efectos de: modificación en el número de beneficiarios, cambio de plan por mutuo acuerdo de las partes, adecuación, modificación en la renta imponible, etc.

b) Al pie del FUN, deberán consignarse las firmas del habilitado de la isapre y del cotizante y las fechas en que se firma. No consignará la firma del afiliado cuando se trate de una adecuación con aceptación tácita.

Anexo 1 (Eliminado)⁹²

Anexo 2 (Eliminado)⁹³

Anexo 3 (Eliminado)⁹⁴

Anexo 4 Definiciones de uso general ⁹⁵

1.- Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria

Cuando exista un ingreso hospitalario, la utilización de un día cama en un establecimiento asistencial por, a lo menos, cuatro horas o cuando se realice una prestación asociada a un guarismo de un pabellón 5 o superior, se entenderá que se trata de una prestación de este grupo y recibirá cobertura hospitalaria.

2.- Derecho de pabellón

Corresponde al derecho de uso de aquel recinto de acceso restringido, que cuenta con instalaciones, anexos, equipamiento, instrumental y elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes, que en condiciones de asepsia y seguridad permiten efectuar intervenciones quirúrgicas, obstétricas o traumatológicas.

Por anexos se entienden aquellos sectores, salas y unidades, que complementan y facilitan el funcionamiento del recinto quirúrgico. Entre los más destacables, están las áreas de lavado quirúrgico, vestuario de pacientes y personal, sectores para almacenamiento de equipos, ropa e instrumental estéril, sala de recuperación post anestésica, unidad de esterilización, etc.

Esta prestación incluye en su valor el uso de las instalaciones, unidad o sala de recuperación post anestésica, equipos, instrumental, elementos e insumos que a continuación se indican:

a) Muebles e Instalaciones

- Mesas quirúrgicas
- Vitrinas y muebles para almacenamiento del instrumental
- Equipos de iluminación de emergencia
- Lámpara central y lámparas móviles.
- Calefacción y aire acondicionado

b) Equipos e Instrumental

- Máquinas de anestesia y equipos de intubación traqueal.
- Equipos para control cardiorrespiratorio, resucitadores y monitores de todo tipo.
(Incluyendo conexiones y accesorios).
- Equipos de ventilación mecánica.
- Equipos de Rayos X (no incluye medios de contraste, ni placas).
- Microscopio.

⁹² Eliminado por Circular IF/N° 305 de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

⁹³ Formato Único del Plan de Salud Complementario Modalidad Libre Elección; Anexo derogado por la Circular IF/N°285, de 2017

⁹⁴ Plan de Salud Complementario Modalidad Prestadores Preferentes; Anexo derogado por la Circular IF/N°285, de 2017

⁹⁵ los párrafos iniciales de este anexo fueron eliminados por la Circular IF/N°285, de 2017

- Aspiración y bombas de aspiración de emergencia, portátiles o no
- Electrobisturí o láser quirúrgico.
- Cajas con instrumental básico y especial completo para todo tipo de intervenciones
- Equipo completo de cirugía video laparoscópica y similares.
- Equipos de endoscopias.

c) Insumos y Elementos

- Hojas de bisturí.
- Guantes de uso quirúrgico o para procedimientos (estériles o no).
- Gasa, algodón, tómulas, apósitos de cualquier tipo.
- Tela adhesiva y similares, de todo tipo.
- Agujas de todo tipo.
- Bránulas, conexiones, alargadores, tapas o tapones, etc.
- Jeringas de vidrio o desechables
- Catéteres corrientes y/o similares, de cualquier tipo.
- Cánulas y sondas desechables o recuperables.
- Drenajes de todo tipo.
- Equipos de fleboclisis.
- Implementos de administración de oxígeno y nebulizaciones.
- Conexiones y receptáculos de máquinas de aspiración y sondas.
- Recolectores de orina.
- Bombas de infusión continua con sus bajadas correspondientes.
- Todo tipo de material de sutura.
- Equipo completo de ropa esterilizada o no para intervenciones (Paños esterilizados para campo operatorio, para cubrir mesas, compresas, etc.)
- Ropa esterilizada para el equipo de médicos, personal paramédico y auxiliares.
- Antisépticos y desinfectantes de todo tipo (líquido, en polvo, aerosol, etc.) y formalina.
- Jabones para lavado quirúrgico y escobillas esterilizadas.

d) Gases

- Oxígeno y aire comprimido.

e) Anestesia Y Otros

- Anestésicos, neurolepto analgésicos y relajantes musculares de cualquier tipo.

3.- Medicamentos y Materiales e insumos clínicos

Corresponde a todos los medicamentos y materiales e insumos clínicos utilizados durante una hospitalización.

4.- Box ambulatorio

La isapre podrá bonificar bajo este concepto aquellos cobros que haga el prestador, por la utilización de cualquier tipo de acomodación dentro del establecimiento asistencial -cama, sillón, camilla u otro- con fines de diagnóstico o tratamiento, que se utilice por menos de 4 horas.

Anexo 6⁹⁶ Formulario Único de Notificación

FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACIÓN										
(DESTINATARIO)										
SECCIÓN A: Tipos de Notificación.					N° Folio		Cod. Isapre			
1. Suscripción de Contrato. 2. Término de Contrato por parte de la Isapre 3. Situaciones Especiales 4. Sustitución, adición o eliminación del empleador, cambio de situación laboral o previsional del cotizante.					5. Cambio de fecha para contabilizar los periodos anuales. 6. Variación del Precio por cambio del tramo de edad 7. Modificación del tipo de beneficiario y/o rectificación e incorporación de antecedentes del beneficiario. 8. Modificación de la cotización pactada 9. Cambio de Plan.					
					Tipos de Notificación		<input type="checkbox"/> 1. Cotizante Titular <input type="checkbox"/> 2. Beneficiario Cotizante			
SECCIÓN B: Antecedentes del Cotizante y su Grupo Familiar.										
N° de Cédula de Identidad (RUN)										
Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres				
Comuna			Ciudad			Domicilio				
Fecha Nacimiento			Sexo			Tipo de Afiliado				
Día Mes Año			M= Masculino, F= Femenino.			D. Dependiente I. Independiente P. Pensionado V. Voluntario				
Nombre A.F.P. o Institución de Previsión			Total Beneficiarios			Nombre Institución de Salud Anterior				
Identificación de los Beneficiarios						Cod. Mov.		Tipo de Benef.		Cod. Relación
c. Cod. Beneficiario (RUN)			Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombres	Fecha Nacimiento
c. Mov.										Sexo
1										Tipo de Benef.
2										Cod. Relación
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
SECCIÓN C: Antecedentes Empleador o Entidad Encargada del Pago de la Pensión.										
R.U.T.										
Nombre o Razón Social										
Comuna										
Ciudad										
Región										
N° Entidades Encargadas del Pago de Cotizaciones										
Modificación										
SECCIÓN D: Antecedentes del Contrato.										
FINANCIAMIENTO DE LA COTIZACIÓN PACTADA (Monto y Modalidad)										
Total Cotización Pactada					RUN Afiliado asociado a la Compensación					
Compensación Positiva +										
Compensación Negativa -										
Cotización otros (s) Empleadores -					RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada					
COTIZACIÓN TOTAL A PAGAR										
Por Empleador, Cotizante o Entidad encargada del pago de la pensión.										
Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de					Inicio de Vigencia de Beneficios (mes incluido)					
Mes Año					Mes Año					
DESCOMPOSICIÓN DE LA COTIZACIÓN PACTADA					Tipo de Plan					
Precio Base Plan * Factor Grupo Familiar = Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad)					Anualidad Mes					
Precio GES +					Renta Imponible					
Precio CAIC +					Identificación del Plan					
Precio Beneficio Adicional +					Equivalencia en pesos del Precio del Plan a la fecha de Suscripción del Contrato					
TOTAL COTIZACIÓN PACTADA					Renuncia Excedentes					
					1= Si 2= No					
SECCIÓN E: Antecedentes de la Isapre.										
Firma Agente de Ventas			Nombre Agente de Ventas			RUN Agente de Ventas				
Fecha			Firma del Cotizante			Firma Empleador o Entidad encargada Pago Pensión				
Día Mes Año			Día Mes Año			Día Mes Año				

Nota: Sr. Empleador, este documento no registrará la firma de su trabajador en el evento de operar la aceptación tácita de la adecuación contractual propuesta por la Isapre y en otras situaciones previstas en la normativa vigente.

⁹⁶ Modificado por la Circular IF/N° 172, de 4 de junio de 2012 y por la Circular IF/N° 250 de 2015.

Sección A: "Constancia de entrega de documentos contractuales"

DOCUMENTOS ENTREGADOS	X
Condiciones Generales del Contrato.....	
Formulario Único de Notificación (FUN).....	
Declaración de Salud.....	
Plan de Salud.....	
Selección de Prestaciones Valonzadas del Plan.....	
Mecanismos de Otorgamiento de los Beneficios Mínimos.....	
Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.....	
Procedimientos de Acceso a las Garantías Explícitas en Salud.....	
Otros (Sucesales, Prestadores en Convenio, etc).....	

Sr. Cotizante firme esta constancia sólo si ha recibido los documentos indicados

 FIRMA COTIZANTE

 FECHA

Sección B: "Constancia de impedimento de notificación del FUN"

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN	
A) RECHAZO POR EL EMPLEADOR	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO
.....
.....
.....
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN.....	
NOMBRE DEL ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN.....	
R.U.N.....	FIRMA.....

Sección C: "Notas Explicativas del llenado del FUN"

- a) **Precio Base Plan:** Es el precio asignado por la Isapre a cada plan de salud complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores étareos asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
- e) **Precio CAEC:** Corresponde al precio que cobra la Isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas otorgada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo solo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
- f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
- g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
- h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
- i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación, para financiar la cotización pactada.
- j) **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
- k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).
- l) **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensado, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
- m) **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

¹texto eliminado en virtud de la Circular IFN°76, de fecha 25 de julio de 2008.

Anexo 7 Reverso alternativo del FUN⁹⁷

REVERSO ALTERNATIVO DEL FUN PARA USO DE AQUELLAS ISAPRES QUE ADHIERAN A LAS CONDICIONES TIPO

Sección A: Constancia de contratación y entrega de documentos

Con fecha....., entre Don..... y la Isapre....., representado por....., se ha celebrado un contrato de salud previsional de plazo indefinido, conviniendo las prestaciones y beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones para el otorgamiento conforme a lo establecido en el artículo 189 y demás disposiciones pertinentes del DFL N°1 de, 2005, de Salud y las instrucciones de la Superintendencia.

Son parte integrante del Contrato de Salud los documentos que a continuación se individualizan y respecto de los cuales se deja constancia a través de este documento, de su entrega y medio a través del cual ésta se efectuó.

A.1.- Las “Condiciones Tipo” comprenden los siguientes documentos uniformes regulados y/o aprobados por la Superintendencia⁹⁸:

- 1.- Condiciones Generales Uniformes del Contrato de Salud
- 2.- Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas
- 3.- Condiciones Particulares Plan Preventivo de Isapres
- 4.- Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud

Las partes dejan constancia que las “Condiciones Tipo” se han entregado al afiliado, en este acto, en la modalidad que se indica a continuación:

Tarje el casillero que corresponda: CD PAPEL E_MAIL

Escriba su e-mail.....

Las “Condiciones Tipo” se encuentran disponibles para usted en cualquier oficina comercial de la Isapre y, además, se encuentran en la página web de la Isapre y en la pág. web de la Superintendencia de Salud.

A.2.- Otros documentos del contrato de salud que se entregan en este acto, en formato papel:

⁹⁷ Anexo reemplazado, por el que aparece en el texto, por Ordinario Circular IF/N° 24, de 29 de agosto de 2008.

⁹⁸ Literal modificado por la Circular IF/N° 110, de 21 de enero de 2010.

5.- Plan de Salud

6.- Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan

7.- Formulario Único de Notificación (FUN)

8.- Declaración de Salud

FIRMA COTIZANTE

NOTA IMPORTANTE: Sr. Cotizante firme esta constancia solo si recibió los documentos contractuales de acuerdo la forma elegida por Ud.

Sección B: Constancia de Impedimento de notificación del FUN

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN									
A)	RECHAZO	POR	EL	EMPLEADOR	B)	EMPLEADOR	NO	ES	HABIDO
.....								
FECHA DE NOTIFICACIÓN.....									



Sección C: Notas Explicativas del llenado del FUN

- a) **Precio Base Plan:** Es el precio asignado a la Isapre a cada plan de salud complementario.
- b) **Factor Grupo Familiar:** Corresponde a la suma de factores asignado al afiliado y a sus beneficiarios, de conformidad a la respectiva tabla de factores del plan de salud.
- c) **Precio Plan Complementario (Monto y Modalidad):** Corresponde al precio total a pagar por el plan de salud complementario y se obtiene de la multiplicación del precio base del plan de salud por el factor del

- grupo familiar. En el caso de planes grupales cuyo precio sea un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud, se deberá indicar el monto y su modalidad, esto es 7%.
- d) **Precio GES:** Precio que la Isapre cobra por las Garantías Explícitas en Salud correspondiente al valor total del grupo familiar.
 - e) **Precio CAEC:** Corresponde al precio que cobra la Isapre por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas otorgada al afiliado y sus beneficiarios. Este campo sólo deberá completarse cuando el precio de la CAEC no esté incluido en el precio base del plan de salud complementario.
 - f) **Precio Beneficio Adicional:** Corresponde al precio del o los beneficios adicionales contratados por el afiliado.
 - g) **Total Cotización Pactada:** Corresponde al monto total pactado y que está conformado por la suma del precio del plan de salud complementario, el precio GES, el precio CAEC y el precio de los Beneficios Adicionales. La expresión de este monto podrá combinar modalidades (7% + UF) y unidades monetarias (UF + \$). Lo anterior, cuando los precios asignados a la GES, CAEC y Beneficio Adicional, se encuentren en una expresión monetaria distinta al precio del plan de salud complementario.
 - h) **Compensación Positiva:** Monto que aporta el cotizante que suscribe este FUN para financiar la cotización pactada por el Afiliado asociado a la Compensación.
 - i) **Compensación Negativa:** Monto que recibe el cotizante que suscribe este FUN por parte del Afiliado asociado a la Compensación para financiar la cotización pactada.
 - j) **Cotización otro (s) Empleador (es):** Refleja el monto por concepto de cotización que entera uno o más empleadores) distintos del identificado en este FUN. Este valor deberá presentarse siempre con signo negativo, dado que debe descontarse del total de la cotización pactada.
 - k) **Cotización Total a Pagar:** Corresponde al monto que debe descontar el empleador o la entidad encargada del pago de la pensión, cotizante independiente o cotizante voluntario, registrado en este FUN. Este monto debe reflejar la compensación, si la hubiere, que se agrega o se descuenta para el pago de la cotización pactada. El monto a pagar puede ser menor al total de la cotización pactada, cuando existe más de una entidad encargada del pago de la cotización y/o se está recibiendo la compensación de otro afiliado; o mayor a la cotización pactada, cuando se está compensando otro contrato. La expresión de este total a pagar podrá combinar modalidades (7%+UF) y unidades monetarias (UF+ \$).
 - l) **RUN Afiliado asociado a la Compensación:** Se debe indicar el RUN de la persona cuya cotización pactada se está compensado, o bien, que compensa la cotización pactada del afiliado que suscribe este FUN.
 - m) **RUT otro Empleador asociado al pago de la cotización pactada:** Se debe indicar el RUT del otro empleador que entera parte de la cotización pactada por el afiliado.

Anexo 8 Las Condiciones Particulares Plan Preventivo (PPI) ^{99 100}

**CONDICIONES PARTICULARES
PLAN PREVENTIVO DE ISAPRES
(PPI)**

	<u>Página</u>
PRIMERO: GENERALIDADES	xx
SEGUNDO: COBERTURA	xx
TERCERO: VIGENCIA	xx
CUARTO: FORMALIDADES, CONDICIONES DE ATENCIÓN Y DE ACCESO	xx
QUINTO: PRECIO	xx
SEXTO: BENEFICIARIOS	xx
SEPTIMO: PROGRAMAS PREVENTIVOS	xx
7.1 Programa del niño	xx
7.1.1 Control del desarrollo psicomotor, estado nutricional, obesidad, registro y consejería de inmunizaciones PAI	xx
Recién Nacidos	
7.1.2 Fenilcetonuria	xx
7.1.3 Hipotiroidismo Congénito	xx
7.1.4 Displasia del Desarrollo de Caderas	xx
Lactantes	
7.1.5 Displasia del Desarrollo de Caderas	xx

⁹⁹ Actualizado a través de las Circulares IF/N°97, de 25 de junio de 2009, IF/N°105 de 22 de septiembre de 2009, e IF/N°121, de 4 de junio de 2010.

¹⁰⁰ Eliminado parcialmente por la Circular IF/N° 305, de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

Niños y Niñas entre 2 y 5 años de edad	
7.1.6 Sobre peso y Obsesidad	XX
7.1.7 Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual	XX
7.1.8 Detección de malos hábitos bucales	XX
7.2 Programa control del embarazo	XX
7.2.1 Control médico y de matrona	XX
7.2.2 Diabetes Mellitus Gestacional	XX
7.2.3 Infección por virus de inmunodeficiencia humana	XX
7.2.4 Sífilis	XX
7.2.5 Infección Urinaria	XX
7.2.6 Sobrepeso y Obesidad	XX
7.2.7 Hipertensión Arterial	XX
7.2.8 Beber Problema	XX
7.2.9 Tabaquismo	XX
7.3 Programa del adulto y del adulto mayor	XX
Personas de 15 años y más de edad	
7.3.1 Promoción del ejercicio	XX
7.3.2 Beber problema	XX
7.3.3 Tabaquismo	XX
7.3.4 Sobrepeso y Obesidad	XX
7.3.5 Hipertensión arterial	XX
7.3.6 Diabetes Mellitus	XX
7.3.7 Sífilis	XX
7.3.8 Tuberculosis	XX
Mujeres desde 25 a 64 años de edad	
7.3.9 Cáncer cervicouterino	XX
Personas de 40 y más años de edad	
7.3.10 Dislipidemia	XX

Mujeres de 50 a 59 años de edad ¹⁰¹	xx
7.3.11 Cáncer de mama	xx
Adulto de 65 y más años de edad	
7.3.12 Evaluación funcional para una vida autovalente	xx
Mayores de 35 años de edad	
7.3.13 Prevención cardiovascular en población de riesgo	xx
Mujeres en Edad Fértil	
7.3.14 Promoción consumo de ácido fólico, fierro y calcio	xx
Anexo N° 1: Objetivos según control	xx

¹⁰¹ Se cambió tope de edad, de acuerdo a Circular IF/N°370, de fecha 24.08.2020

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°22, del 2019, de los Ministerios de Salud y Hacienda; 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.¹⁰²

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.

¹⁰² Párrafo reemplazado de acuerdo a Circular IF N°338, 07.10.2019

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 de edad.

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 DE EDAD

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 de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

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 de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

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 de edad.

Beneficiario: Niños y niñas entre 2 y 5 años de edad

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 DE EDAD

7.3.1 PROMOCION DEL EJERCICIO

Examen: Consejería

Beneficiario: Personas de 15 años de edad 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 de edad.

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 de edad.

7.3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD

Examen: Medición de Peso y Talla para Calcular Índice de Masa Corporal (IMC) y medición de circunferencia 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 de edad.

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 de edad.

7.3.6 DIABETES MELLITUS

Examen: Glicemia en ayunas de al menos 8 horas

Beneficiario: Personas de 15 y más años de edad con factores de riesgo mayores de 40 años de edad, 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 de edad 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 de edad y entre 18 y 24 años de edad con vida sexual activa.

PERSONAS DE 40 Y MAS AÑOS DE EDAD

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 de edad.

MUJERES DE 50 Y HASTA 59 AÑOS DE EDAD¹⁰³

7.3.11 CÁNCER DE MAMA:

Examen: Mamografía cada 3 años¹⁰⁴

Beneficiario: Mujeres de 50 y hasta 59 años de edad.¹⁰⁵

ADULTO DE 65 Y MÁS AÑOS DE EDAD

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 de edad

Evaluación de la movilidad, capacidad de alimentación, visión, audición, y derivación a GES si corresponde.

MAYORES DE 35 AÑOS DE EDAD¹⁰⁶

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 de edad.

MUJERES EN EDAD FÉRTIL

¹⁰³ Se modificó tope de edad, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

¹⁰⁴ Se modificó examen, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

¹⁰⁵ Se modificó el contenido de "Beneficiario", de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

¹⁰⁶ Se agregó la frase "de edad" a continuación de "años", las veces que aparece este último vocablo en el anexo N°8, de acuerdo a Circular IF/Nº370, de fecha 24.08.2020

7.3.14 PROMOCION 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.

GES - AUGE

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

	<u>Página</u>
Primero: Generalidades	xx
Segundo: Cobertura	xx
Tercero: Listado de Prestaciones ¹⁰⁷	xx
Cuarto ¹⁰⁸ :	Garantías Explícitas en Salud
▪ Garantía Explícita de Acceso	xx
▪ Garantía Explícita de Calidad	xx
▪ Garantía Explícita de Oportunidad	xx
▪ Garantía Explícita de Protección Financiera	xx
Quinto ¹¹⁰ : Vigencia	xx
Sexto ¹¹¹ : Formalidades y condiciones de atención y de acceso	xx
Séptimo ¹¹² : Precio	xx
Octavo ¹¹³ :	Cobertura financiera adicional
Noveno ¹¹⁴ : Garantías Explícitas en Salud del Régimen que rigen a contar del 1 de octubre de 2019 ¹¹⁵	xx

¹⁰⁷ Numeral incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁰⁸ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹⁰⁹ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹⁰ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹¹ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹² Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹³ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹⁴ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹⁵ Modificado por Circular IF N°338, 07.10.2019

GES - AUGE

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

Por el presente instrumento, ponemos en su conocimiento las Condiciones de la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, de conformidad a lo prescrito en la Ley 19.966, el Decreto vigente de los Ministerios de Salud y Hacienda, que establece los Problemas de Salud y Garantías Explícitas de Salud, y en las Normas de Carácter Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las referidas Garantías.¹¹⁶

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: Listado de Prestaciones¹¹⁷

Un Decreto Supremo de los Ministerios de Salud y Hacienda fija el conjunto de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud, cuyo anexo, a su vez, determina el Listado Específico de Prestaciones garantizadas. El listado de los problemas de Salud fijados por el Decreto actualmente vigente se presenta al final del presente anexo.

Cuarto¹¹⁸: Garantías Explícitas en Salud

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

¹¹⁶ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹⁷ Artículo incorporado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹¹⁸ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

- **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.

Quinto¹¹⁹: **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.

Sexto¹²⁰ : **Formalidades y condiciones de atención y de acceso**

1. Para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES), los afiliados y beneficiarios podrán solicitar la activación del beneficio a través de una aplicación informática de fácil acceso y comprensión que permita efectuar la activación de las GES de modo remoto, debiendo presentar el Formulario de Constancia de Información al Paciente GES o en su reemplazo el documento "Dato de Atención de Urgencia (DAU)" o aquel instrumento de atención de urgencia homologado para tales efectos en los servicios privados, o la indicación médica y/o la receta para medicamentos, insumos y ayudas técnicas. Sin perjuicio de ello, dicha activación se puede realizar en cualquiera de las sucursales de la isapre; mediante cualquier otro medio que cumpla ese objetivo. El beneficiario deberá atenderse con el prestador de salud que, para el caso específico, determine la Isapre. No obstante, 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 documento¹²¹.

¹¹⁹ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁰ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²¹ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

2. 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.¹²²
3. Dichas prestaciones se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.¹²³
4. 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.¹²⁴
5. Las Garantías Explícitas se aplicarán sólo a las prestaciones definidas en el Decreto GES vigente. Las demás prestaciones no contenidas en el Decreto respectivo, no obstante se otorguen en establecimientos designados por la Isapre, tendrán la cobertura del plan complementario, o la cobertura GES-CAEC si correspondiere¹²⁵.
6. 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.¹²⁶

Séptimo¹²⁷: **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.

Octavo¹²⁸: **Cobertura financiera adicional**

Sin perjuicio de lo que señale el Reglamento aprobado por D.S. N° 136 de 2005 de Salud, 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:

¹²² Numeración incorporada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²³ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁴ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁵ Párrafo modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁶ Numeración modificada por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁷ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹²⁸ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

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.

Noveno¹²⁹: El Decreto Supremo N°22, de 2019, de los Ministerios de Hacienda y Salud, aprobó las siguientes Garantías Explícitas en Salud del Régimen, que rigen a contar del 1 de octubre de 2019.¹³⁰

¹²⁹ Numeral modificado por la Circular IF/N°387, del 03.08.21

¹³⁰ Párrafo modificado por la Circular IF N°338, 07.10.2019

**PROBLEMAS DE SALUD GARANTIZADOS SEGÚN D.S. N°22, DE 2019, DE
SALUD Y HACIENDA ¹³¹**

- 1.-Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías Congénitas Operables en personas menores de 15 años
3. Cáncer Cérvicouterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
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 personas menores de 25 años
11. Tratamiento Quirúrgico de Cataratas
12. Endoprótesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de Cadera con Limitación Funcional Severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas 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) de manejo ambulatorio en personas 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 y niñas 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 personas 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 de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas sintomáticas
36. Ayudas Técnicas para personas de 65 años y más
37. Ataque Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más

¹³¹ Listado de patologías GES reemplazado mediante Circular IF N°338, 07.10.2019

38. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma Bronquial Moderada y Grave en personas 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 y 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. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
- 65.-Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis crónica por virus Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de Hipoacusia Moderada, Severa y Profunda en Personas Menores de 4 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricúspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori
81. Cáncer de pulmón en personas de 15 años y más.
82. Cáncer de tiroides diferenciado y medular en personas de 15 años y más.

- 83. Cáncer renal en personas de 15 años y más.
- 84. Mieloma múltiple en personas de 15 años y más.
- 85. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

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.

Título IV Beneficios Adicionales¹³²

Los beneficios adicionales que ofrezcan las isapres deberán ajustarse a su objeto exclusivo, que consiste en el financiamiento de las prestaciones de salud así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin; no formarán parte del plan de salud, como tampoco su precio y serán de contratación voluntaria.

I. Disposiciones Generales

Las isapres que ofrezcan estos beneficios deben sujetarse a las siguientes reglas:

1. Deben ser ofrecidos indistintamente y sin discriminación a todos los afiliados actuales o futuros y en las mismas condiciones.
2. La isapre los debe poner a disposición de sus afiliados, en cada una de las oficinas de atención al público, en su página web y en otros medios que estime pertinentes.
3. La contratación de los beneficios adicionales debe ser expresa, coetánea o posterior a la afiliación a la Isapre.
4. Dependiendo de la configuración que tenga el beneficio adicional, podrá ser contratado para todos o sólo alguno(s) de los beneficiarios del contrato de salud, según así lo determine el cotizante o se desprenda de la naturaleza del beneficio.

Para estos efectos, el cotizante y los beneficiarios deben cumplir con los requisitos objetivos de contratación señalados en el propio beneficio.

5. Para todos los efectos legales, la isapre será responsable ante los beneficiarios y la Superintendencia del efectivo cumplimiento de lo pactado en el beneficio adicional, no pudiendo excusarse en la circunstancia de que en cualquiera de sus etapas de otorgamiento intervenga un tercero.
6. El beneficio adicional que ofrezca la isapre, en su ejecución práctica, debe reportar al beneficiario mayor cobertura o utilidad que la que obtendría de la sola aplicación de su plan de salud complementario o del ejercicio de sus derechos contractuales.¹³³

II. Menciones mínimas de los Beneficios Adicionales

El beneficio adicional deberá constar en un documento que estipule en forma expresa, clara y objetiva - a lo menos - las siguientes materias:

1. Denominación del beneficio adicional.
2. Definición del beneficio contratado. Descripción expresa y clara de la cobertura y sus condiciones de otorgamiento. En caso que se utilicen abreviaturas o conceptos técnicos, éstos deben quedar explícitamente definidos en el documento.
3. Personas beneficiarias y descripción de los requisitos para la contratación del beneficio.

¹³² Circular IF/N° 291, de 08.08.2017, modificada por Resolución Exenta IF/N° 300, de 10.10.2017

¹³³ Numeral incorporado por la Circular IF/N° 367, de 14 de agosto de 2020;

4. Indicación de las exclusiones y restricciones del beneficio en forma clara y taxativa.
5. Precisión del procedimiento para hacer efectivo el beneficio adicional.
6. Período de vigencia pactado.
7. Indicación de la o las causales de término anticipado del beneficio.
8. Estipulación del precio que se cobrará por el beneficio adicional. En caso que el precio del beneficio esté expresado en pesos, se deberá indicar la oportunidad y el monto del reajuste que se podría aplicar, el que no podrá exceder el 100% de la variación del IPC.
9. Deberá consignar expresamente que las controversias que se susciten entre la isapre y el afiliado o beneficiarios, serán resueltas por la Superintendencia de Salud.

III. Envío a la Superintendencia

Cada vez que se inicie la comercialización de un beneficio adicional o se modifiquen sus condiciones, la isapre debe remitirlo para conocimiento a esta Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde su ofrecimiento al público.

Título V Las Condiciones Tipo¹³⁴

1. Generalidades

1.1 Las “Condiciones Tipo” será el instrumento de todas aquellas Instituciones de Salud Previsional que adhieran a su contenido, presentación y uso, en los términos señalados en la presente instrucción. Las condiciones tipo contendrán:

- a) Las Condiciones Generales Uniformes, contenidas en la letra a, del Título I, del Capítulo I, del presente Compendio;
- b) Las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, contenidas en el Capítulo IV del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios;
- c) Las Condiciones para Acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud, contenidas en el Anexo N°1, del Capítulo VI del Compendio de Normas Administrativas en Materia de Beneficios.; y
- d) Las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de Isapres, contenidas en el Anexo N°8, del Título III, del Capítulo III, de este Compendio.

1.2 Al momento de la suscripción del respectivo contrato de salud previsional, las isapres podrán entregar al afiliado las “Condiciones Tipo” ya sea en soporte de papel; en un disco compacto (CD) o, mediante e-mail, sin perjuicio de la obligación de las isapres de mantenerlas disponibles en todas sus oficinas comerciales y en sus respectivos sitios web.

Del mismo modo, las “Condiciones Tipo” estarán a disposición de los afiliados para su conocimiento en el sitio web de la Superintendencia de Salud.

2. Adhesión a las “Condiciones Tipo”

Se entenderá por adhesión a las “Condiciones Tipo”, la adopción por parte de la Institución de Salud Previsional de todas las instrucciones que se contienen en la presente instrucción y de la utilización de las “Condiciones Tipo” en todos y cada uno de los contratos de salud que suscriba a partir de la fecha de adhesión informada.

En cualquier momento, las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión a las “Condiciones Tipo”, debiendo informar por escrito de ello a esta Intendencia con 15 días de anticipación a su determinación, señalando expresamente la fecha a contar de la cual producirá efecto y, además, en caso de revocación, el fundamento de ésta.

3. Procedimiento para el uso de las “Condiciones Tipo” en la celebración de los contratos de salud

3.1. La voluntad de las partes de utilizar el instrumento “Condiciones Tipo” en la contratación y la modalidad de entrega elegida por el afiliado, deberá quedar plasmada al reverso del formato del ejemplar del Formulario Único de Notificación (FUN) del cotizante y de la isapre, cuyo contenido se presenta en el anexo N°7, del Título III, del Capítulo III, de este Compendio. La Isapre deberá

¹³⁴ Incorporado por la Circular IF/N° 305, de 02 de enero de 2018; modificada por la Resolución Exenta IF/N° 32 del 01 de febrero de 2018.

proporcionar al afiliado el ejemplar del citado reverso del FUN, una vez que sea llenado y suscrito por las partes.

Este formato de FUN sólo debe ser utilizado por aquellas isapres que voluntariamente se adhieran al uso y entrega de las “Condiciones Tipo”.

3.2. Respecto de los contratos de salud vigentes, las partes podrán, de común acuerdo, reemplazar los actuales documentos que correspondan por las “Condiciones Tipo”, suscribiendo, en todo caso, el reverso del FUN para dejar constancia de la voluntad de adherir a las Condiciones Tipo.

3.3 En cuanto al llenado del FUN, deberá estarse a lo instruido en el Título III, de este Capítulo III.

4. Prevención respecto del artículo cuarto N°2, segunda parte, de las Condiciones Particulares del Plan Preventivo de isapres (PPI)

Se aprueba la estipulación relativa a que “el traslado del beneficiario al prestador referido, es de su cargo y responsabilidad”, en el entendido que el prestador referido por la isapre debe ser razonablemente accesible para el beneficiario y no debe imponerle a éste un gravamen para el traslado que haga ilusorio su derecho, atendido su lugar de residencia y la existencia de oferta para el otorgamiento de las prestaciones de salud que corresponda.