

Esencial Grupo Alemana

Clínica Alemana

Plan de Salud Complementario con Prestador Preferente Cerrado

Nº FUN

Esencial Alemana Integral 70H50A-0726

Tipo Plan: Individual [X] Grupal [ ]

AI70500726

Prestaciones	Oferta Cerrada (III.1) Bonificación %	Oferta Cerrada (III.1) Bonificación Tope	Tope máx. año contrato por beneficiario
Hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria **Incluye todas las prestaciones de salud, técnicas y uso de tecnologías realizadas en el prestador cerrado** **Incluye todos los ítemes (III.2.a)**	**70%** **Sin tope** Clínica Alemana de Santiago (III.1). **Copago Máximo Anual de 126 UF** aplicando la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) (III.3.c) (solo médico staff, derivado autorizado) (I.d) (I.e)		Sin Tope
Prestaciones GES Hospitalarias	**Copago fijo de 20% en canasta GES** Según el arancel referencial MINSAL (III.3.d)		Sin Tope

Ambulatorias			
Consultas Equipo Médico de Cabecera (III.3.e)	**50%** **Sin tope** Clínica Alemana de Santiago (III.1) (solo médico staff, derivado autorizado) (I.d) (I.e)		Sin Tope
Consultas Médico de Ginecología y Oftalmología (III.3.f)			
Consultas Otros Especialistas (Solo derivadas Autorizados) (III.3.g)			
Exámenes de laboratorio, imagenología, procedimientos y todas las demás prestaciones de salud, técnicas y uso de tecnologías realizadas en el prestador cerrado (Solo derivadas autorizadas) (III.3.h)			
Clínica de la lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD)			
Mal nutrición infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD)			
Tratamiento de fertilización asistida baja complejidad (PAD)			10 UF
Tratamiento de fertilización asistida alta complejidad (PAD)			10 UF
Quimioterapia	**70% sin tope**		
Prestaciones GES Ambulatorias	**Copago fijo de 20% en canasta GES** Según el arancel referencial MINSAL, incluye medicamentos en farmacia (III.3.m)		Sin Tope

Otras Prestaciones			
Marcos y cristales ópticos	100% Libre Elección	1 UF	1 UF
Cobertura internacional	50%	925 UF	925 UF
Prestaciones dentales (PAD)	**50% Sin tope** Libre Elección		10 UF
Cirugía fotorrefractiva			Sin Tope
Cirugía Bariátrica y Metabólica	**50% Sin tope** Clínica Alemana de Santiago (III.1).		

Atención de Urgencia		
Urgencia Integral Presencial (III.3.q)	**Copago fijo de 3,50 UF por evento** Clínica Alemana de Santiago y otros prestadores	Sin Tope
Atenciones de teleurgencia (III.3.r)	**50% Sin tope** Clínica Alemana de Santiago	

Prestadores derivados	Clínica Santa María

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO



Plan de Salud Complementario con Prestador Preferente Cerrado

Esencial Alemana Integral 70H50A-0726

AI70500726

Tabla de Factores Isapre Esencial

El precio total del contrato se determina conforme a su valor base y la tabla de factores relativos por edad, que se presenta a continuación:

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

Tabla Nº	1
Precio Base	UF
Cotización legal	%
Identificación única del arancel	ARANCEL ESENCIAL 1
Unidad del arancel	Pesos

Tope general anual por beneficiario

Monto	Sin Tope

Beneficios del Arancel Esencial 1

Nuestros Planes de Salud poseen un excelente beneficio para sus afiliados, el cual otorga la cobertura del plan de salud, para más de 500 prestaciones adicionales que no se encuentran codificadas por FONASA y que se encuentren incorporadas en nuestro ARANCEL ESENCIAL 1 (*).

Algunas de las prestaciones incluídas en nuestro Arancel Esencial 1 :

- Neuroradiología intervencional
- Cirugía Robótica
- Exámenes de Biología Molecular
- Biopsias quirúrgicas no incluidas en el arancel FONASA
- Recolección y Criopreservación de Células madre
- Técnica avanzada de depuración sanguínea (hemofiltración y hemodiafiltración)
- Instalación, mantención y retiro de ECMO
- Radiocirugía Gamma Knife
- Trasplantes no incluidos en el arancel FONASA
- Consulta Psicopedagogo (bajo indicación médica)
- Paneles Filmarray
- Estudio Genético De Fibrosis Quística
- Bioimpedanciometria
- Y más.

(*) Para más información y detalle de todas las prestaciones afectas a la extensión de cobertura Esencial, te invitamos a consultar nuestros beneficios y arancel en nuestro sitio web: www.somosesencial.cl

Firma Afiliado

Nombre:
RUT:
Fecha:

Firma Representante Isapre

Nombre:
RUT:
Fecha:

Esencial Alemana Integral 70H50A-0726

AI70500726

Notas Explicativas del Plan de Salud

I: Definiciones

a. **Plan Cerrado:** Se entiende por plan cerrado, aquel cuya estructura sólo contempla el otorgamiento de bonificación en atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso de bonificación a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección, con la sola excepción de aquello que se indique lo contrario.
b. **Equipo Médico de Cabecera:** Corresponde al equipo médico compuesto por profesionales definidos, y en los centros de atención definidos, por el prestador cerrado y que se encuentra a cargo de la resolución integral de salud, abordando una amplia gama de necesidades de los pacientes. Además, se encarga de coordinar derivaciones a otros especialistas cuando es necesario, teniendo en consideración la pertinencia clínica para aquello. Este equipo podrá componerse de Médicos de Familia, Pediatras y de Atenciones de Enfermería y cualquier otra que se incorpore al equipo.
c. **Equipo Médico de Ginecología y Oftalmología:** Corresponde al equipo médico de ginecólogos y oftalmólogos.
d. **Médico staff:** Corresponde al grupo de médicos del staff del prestador cerrado.
e. **Prestación derivada autorizada:** Corresponde a toda prestación que se encuentra derivada y autorizada para su bonificación de acuerdo a las condiciones del plan de salud dentro del prestador cerrado; considerando la pertinencia clínica de ésta según la resolución de un profesional médico o no médico del staff en convenio.
f. **Prestación no autorizada:** Corresponde a toda prestación que no se encuentra autorizada para su bonificación dentro del prestador cerrado.
g. **Prestación médica:** Corresponde a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento o realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.
h. **Insuficiencia:** Cuando el prestador preferente cerrado se encuentre imposibilitado de realizar las prestaciones médicas que forman parte de la oferta preferente del plan, en un plazo superior al tiempo máximo definido.
i. **Bonificación:** También entendido como cobertura, corresponde al monto financiado por la Isapre respecto del precio de la prestación médica. Cuando la suma de la bonificación en un año haya alcanzado el tope de bonificación máximo anual, la Isapre continuará bonificando de acuerdo con la cobertura mínima que establece la normativa vigente. Mientras las prestaciones se encuentren previamente derivadas autorizadas, en ningún caso el plan bonificará menos que el 25% de la cobertura general para la prestación genérica o la cobertura de Fonasa en su modalidad de Libre Elección, la bonificación corresponderá al mayor de ambos valores.
j. **Copago:** Pago que debe realizar el afiliado por la diferencia entre la bonificación otorgada por la Isapre y el valor arancel de la prestación médica en la institución de salud.
k. **Topes anuales:** Tanto el tope general anual por beneficiario como los montos máximos por prestación, son únicos y comprenden la suma de las bonificaciones. El valor indicado rige para cada beneficiario por año de vigencia de beneficios.
l. **Pago asociado a diagnóstico (PAD):** Conjunto de prestaciones médicas estandarizadas, que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o patología determinada, considerando tanto la resolución de la patología, como, además, las complicaciones derivadas de ellas.
m. **Arancel Esencial:** Listado de prestaciones médicas definidas ante la Superintendencia de Salud, que identifica todas las prestaciones que serán bonificables por el plan de salud. Toda aquella prestación médica que esté fuera del arancel se considerará como “no bonificable”.
n. **U.F.:** Unidad de Fomento.
o. **Prestaciones de telemedicina:** Corresponde a una atención médica a distancia, realizada mediante tecnologías de la información y telecomunicaciones (videollamada), entre un paciente y un profesional médico inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, en la respectiva especialidad. Ambos se encuentran en lugares geográficos distintos y se comunican en tiempo real, a través de una modalidad de atención sincrónica, que requiere que ambas partes estén conectadas y disponibles simultáneamente para el desarrollo de la consulta. Sólo tendrán cobertura las consultas de telemedicina de las especialidades aranceladas por Fonasa y sean realizadas por prestadores de salud, los que son definidos en la Ley que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a la atención en salud. (Ley N° 20.584). Durante la consulta de Telemedicina, podrá haber lugar a la notificación de un problema de salud GES.

II: Condiciones y características de la oferta preferente cerrada del plan con el prestador preferente cerrado

a. El plan de salud otorgará bonificación siempre y cuando la prestación se encuentre debidamente derivada autorizada por parte del médico tratante en el prestador cerrado.
b. En caso de que el prestador cerrado declare insuficiencia para realizar alguna prestación, éste será responsable de notificar a la Isapre la autorización correspondiente para que las coberturas sean otorgadas en el prestador derivado.
c. Se considerarán como prestaciones que no requieren de autorización previa para acceder a la cobertura las atenciones de:

- Equipo Médico de Cabecera compuesto por la especialidades y profesionales definidos por el prestador cerrado
- Consulta Médico de Ginecología y Oftalmología
- Atenciones de telerugencia en el prestador cerrado
- Atenciones de urgencia en todo prestador. Para atenciones en prestadores distintos al definido en la oferta preferente cerrada, el afiliado deberá presentar en la Isapre los cobros respectivos para su bonificación mediante reembolso.

d. El Equipo Médico de Cabecera podrá indicar al afiliado otras prestaciones de salud de cualquier tipo como: otras especialidades médicas, atenciones de otros profesionales no médicos, servicios de apoyo y clínicos (exámenes de laboratorio, imagenología, días cama, pabellones, etc.) y todas esas indicaciones se considerarán como prestaciones derivadas autorizadas y por lo tanto sujetas a bonificación.
e. El Equipo Médico de Ginecología y Oftalmología podrá indicar al afiliado otras prestaciones de salud de cualquier tipo como: otras especialidades médicas, atenciones de otros profesionales no médicos, servicios de apoyo y clínicos (exámenes de laboratorio, imagenología, días cama, pabellones, etc.) y todas esas indicaciones se considerarán como prestaciones derivadas autorizadas y por lo tanto sujetas a bonificación.
f. Todo otro profesional no indicado en las notas explicativas II.d y II.e, que haya sido previamente derivado autorizado, podrá indicar al afiliado otras prestaciones de salud de cualquier tipo como: otras especialidades médicas, atenciones de otros profesionales no médicos, servicios de apoyo y clínicos (exámenes de laboratorio, imagenología, días cama, pabellones, etc.) y todas esas indicaciones se considerarán como prestaciones derivadas autorizadas y por lo tanto sujetas a bonificación.
g. Toda derivación a prestaciones de salud de cualquier tipo como: otras especialidades médicas, atenciones de otros profesionales no médicos, servicios de apoyo y clínicos (exámenes de laboratorio, imagenología, días cama, pabellones, etc.); realizada por un profesional que no fue previamente derivado autorizado, se considerará como prestación no autorizada.
h. Todas las prestaciones de salud sujetas a bonificación, exceptuando al Equipo Médico de Cabecera y el Equipo Médico de Ginecología y Oftalmología, se considerarán prestaciones derivadas autorizadas por única vez, por un número determinado de veces o de manera ilimitada dentro de un periodo específico de tiempo, según lo consignado en la orden de derivación.
i. Los tiempos máximos de espera para las distintas prestaciones de salud se detallan a continuación: