

Esencial Grupo Alemana

Clínica Alemana

Plan de Salud Complementario con Prestador Preferente Cerrado

Nº FUN

Esencial Alemana Integral 80H70A-0626

Tipo Plan: Individual [X] Grupal [ ]

AI80700626

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)	**80%** **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)	**70%** **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	**80% 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%	900 UF	900 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 2,5 UF por evento** Clínica Alemana de Santiago y otros prestadores	Sin Tope
Atenciones de teleurgencia (III.3.r)	**70% Sin Tope** Clínica Alemana de Santiago	

Prestadores derivados	Clínica Santa María

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO



Esencial Grupo Alemana

Clínica Alemana

Plan de Salud Complementario con Prestador Preferente Cerrado

Esencial Alemana Integral 80H70A-0626

AI80700626

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 80H70A-0626

AI80700626

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:

Tipo de prestación	Tiempo de espera máximo (días hábiles)
Consulta Equipo Médico de Cabecera	3 días
Consulta de Urgencia	Inmediata
Consulta de Teleurgencia	1 día
Otras Especialidades Médicas (Presencial y Telemedicina)	15 días
Exámenes.	7 días
Procedimiento diagnósticos y terapéuticos.	15 días
Intervención quirúrgica.	20 días

j. En caso de insuficiencia el beneficiario tendrá el derecho de solicitar a la Isapre la derivación a alguno de los prestadores que se indican en el plan de salud u otro que defina la Isapre. Se conviene expresamente que esta derivación sólo tendrá por objeto el otorgamiento de aquellas atenciones de salud específicas que no pudieron ser brindadas por el prestador individualizado en el plan. Las prestaciones que se otorguen bajo estas condiciones serán bonificadas vía reembolso por la Isapre de manera tal, que se mantenga el monto que le habría correspondido copagar al afiliado de haberse atendido en el prestador que dio origen a la derivación. De realizarse la atención, sin la autorización expresa de la Isapre, el afiliado no tendrá derecho a cobertura alguna.

k. La cobertura de traslado médico aplicará únicamente cuando, por motivo de urgencia médica, el beneficiario se encuentre hospitalizado en un prestador fuera del prestador preferente cerrado definido en el punto (III.1) y no exista una resolución clínica adecuada en dicho prestador o en la zona donde está recibiendo atención.

Todo traslado deberá ser solicitado explícitamente por el médico tratante, previa evaluación y autorización por parte de la Isapre. En caso de que la atención se realice en un prestador distinto al señalado en el punto (III.1), pero autorizado por la Isapre, esta otorgará la misma bonificación que hubiera correspondido en el prestador preferente cerrado del presente plan.

l. El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión médica, para esto, podrá consultar a cualquier otro médico contemplado dentro del prestador preferente cerrado definido en el punto (III.1), para ello el afiliado deberá completar el documento que Isapre Esencial ha elaborado para tal finalidad, teniendo ésta un plazo de 5 días hábiles para autorizar dicha atención médica. De este modo, Isapre Esencial garantiza al afiliado y sus beneficiarios que podrán acceder a una segunda opinión médica, como asimismo que ella será debidamente considerada por el prestador preferente cerrado del presente plan de salud.

En caso de generarse opiniones médicas divergentes, el beneficiario podrá solicitar una instancia médica para dar solución, esta consistirá en el pronunciamiento del director médico; jefe de servicio u otro profesional que cumpla similar función en el prestador preferente cerrado individualizado en el punto (III.1) de las notas explicativas del plan.

m. Modificaciones especiales del plan con prestadores preferentes cerrados:

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 197 del D.F.L N°1, la Isapre ofrecerá un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado y se fundamenta en cualquiera de las situaciones previstas definidas a continuación:

- 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.
- Si la institución incurre en alguno de los siguientes incumplimientos:
    - 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.
    - Falta de otorgamiento de atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el plan.

n. En el caso de término de la existencia legal de el o los prestadores individualizados en el plan; pérdida total o parcial permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades, o sustitución de la especialidad médica a que se orientaban al momento de celebrar el contrato, la Isapre deberá designar cualquier otro prestador preferente cerrado que brindará las atenciones médicas bajo las mismas condiciones que el prestador cerrado definido en el numeral (III.1).

o. Término del convenio entre un prestador e Isapre Esencial, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, le corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones de salud recibidas del respectivo prestador. En la anualidad correspondiente la Isapre podrá adecuar el contrato y ofrecer una alternativa de plan al afiliado.

Esencial Alemana Integral 80H70A-0626

AI80700626

III: Coberturas

1. **Prestador cerrado:** El prestador individualizado a continuación corresponde al definido con cobertura preferente cerrada para este Plan de Salud. Cualquier otro prestador que no esté nominado en la siguiente lista no estará afecto a cobertura.

   Prestador preferente de la oferta cerrada de atención:

Red de Prestadores
Clínica Alemana de Santiago

   Prestador derivado definido para la oferta cerrada de atención:

Red de Prestadores
Clínica Santa María

   Se podrá acceder a la cobertura preferente cerrada en el prestador derivado mencionado anteriormente, única y exclusivamente en los casos de insuficiencia declarados en la nota explicativa II.j).

2. **Tipo de cobertura**

   La cobertura de las prestaciones de la Oferta Cerrada se obtiene sólo a través de órdenes de atención derivadas autorizadas según lo indicado en el numeral II. de las presentes notas explicativas. Toda prestación no autorizada, no se encontrará afecta a cobertura.

   a. Hospitalaria o cirugía mayor ambulatoria: Se considerarán prestaciones hospitalarias o cirugía mayor ambulatoria cuando se presente alguna de las siguientes situaciones: La hospitalización ha sido indicada específicamente por el médico tratante, con registro en la Superintendencia de Salud, y el beneficiario ha permanecido más de 4 horas en el establecimiento asistencial o se ha realizado un procedimiento en un pabellón de guarismo 5 o superior.

   Esta cobertura considera los ítemes de: Día Cama, Derecho de Pabellón, Procedimientos, Exámenes de Laboratorio e histopatología, Imagenología, Honorarios Médicos Quirúrgicos, Visita médico tratante e Interconsultor, Kinesiología y Fisioterapia, Medicamentos, Materiales e Insumos, Quimioterapia, Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis y Traslados Médicos. Incluye todas las prestaciones de salud, técnicas y uso de tecnologías realizadas en el prestador cerrado, **exceptuando aquellas de carácter dental y estético.**

   b. Ambulatoria: Se considerarán prestaciones ambulatorias todas las prestaciones no consideradas hospitalarias.

3. **Descripción de coberturas específicas:**

   a. Día cama. Corresponde a la permanencia de un paciente en el establecimiento asistencial por un periodo mayor a 4 horas. La cobertura para día cama, en caso de hospitalización, será efectiva en habitación individual estándar, si la habitación seleccionada por el paciente corresponde a una categoría superior, como por ejemplo Suite, la cobertura será equivalente al monto que se hubiese cubierto en habitación individual estándar.

   b. Medicamentos, materiales e insumos. Dentro de esta categoría se considerarán todos los medicamentos, insumos y materiales utilizados durante un procedimiento o cirugía, siempre y cuando estos sean de carácter médico y sean considerados dentro del ámbito Hospitalario (según definición en punto III.2.a). Sólo serán bonificados los materiales, medicamentos e insumos entregados y facturados por el establecimiento asistencial. Para los medicamentos, sólo tendrán cobertura aquellos que cuenten con registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Esta cobertura se extiende a medicamentos, materiales e insumos utilizados en el servicio de urgencia, según topes y porcentajes definidos en el Plan de Salud.

   c. Copago Máximo Anual bajo Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC): El copago máximo anual para Enfermedades Catastróficas CAEC, aplica a todo diagnóstico, enfermedad, tratamiento o patología de alto costo hospitalaria y algunas ambulatorias, según normativa vigente CAEC, que signifique para el beneficiario pagar un monto superior al deducible establecido y que no esté considerada dentro de las patologías GES.

   El deducible CAEC es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización pactada en el contrato de salud, por cada beneficiario/a que la utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF anuales, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

   En el caso que la CAEC sea utilizada por más de una persona beneficiaria del contrato de salud o en más de una enfermedad catastrófica para el/la mismo/a beneficiario/a, el cálculo del deducible se incrementará de 30 a 43 cotizaciones pactadas, con un máximo de 181 UF anuales. Para más información de la normativa CAEC, puedes ingresar a https://www.somosesencial.cl/ o https://www.superdesalud.gob.cl/

   d. Copago Fijo en Canasta GES": El copago GES, corresponde al monto a financiar por el afiliado y corresponde al 20% del valor referencial de cada canasta en cada periodicidad establecida según decreto que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.

   Al año 2024; las Garantías Explícitas de Salud ascienden a 87 problemas de salud, teniendo en consideración la cobertura de las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para la mayoría de ellas. La cantidad de patologías afectas a estas garantías podrá aumentar o disminuir, de acuerdo con la normativa vigente al momento de su aplicación.

e. Consultas Equipo Médico de Cabecera: Se considera tanto de forma presencial como telemedicina.

f. Consultas Médico de Ginecología y Oftalmología: Se considera tanto de forma presencial como telemedicina.

g. Consultas Otros Especialistas (Solo derivadas Autorizados): Corresponde las especialidades derivadas autorizadas por el Equipo Médico de Cabecera y Equipo Médico de Ginecología y Oftalmología. Se considera tanto de forma presencial como telemedicina.

h. Exámenes de laboratorio, Imagenología, Procedimientos y todas las prestaciones de salud, técnicas y uso de tecnologías realizadas en el prestador cerrado (solo derivadas autorizadas): Corresponde a los ítemes derivadas autorizadas de Exámenes de Laboratorio e histopatología, Imagenología, Procedimientos y Honorarios Médicos Quirúrgicos ambulatorios, Derecho a pabellón ambulatorio, Kinesiología y Fisioterapia, Atención integral de nutricionista, Terapia Ocupacional y Traslados Médicos.

i. Atención integral de enfermería: Corresponde a la atención efectuada por una enfermera, con registro en la Superintendencia de Salud.

ii. Procedimientos ambulatorios y honorarios médicos quirúrgicos: La cobertura preferente cerrada aplicará siempre y cuando sea efectuada por un médico del staff del plan.

iii. Derecho a pabellón ambulatorio. Se considerará como ambulatorio todo pabellón de guarismo 4 o inferior.

iv. Kinesiología y fisioterapia. Tendrán cobertura todos los tratamiento kinesiológicos y fisiológicos, que sean de carácter curativo, indicados por un médico y realizados por un profesional kinesiológico o médico fisiatra, con registro en la Superintendencia de Salud y que se encuentren debidamente derivados autorizados para su bonificación.

v. Atención integral de nutricionista. Tendrá cobertura, tanto la atención integral de nutricionista, como la atención de nutricionista, siempre y cuando sea consecuencia de una derivación del médico tratante y la atención sea realizada por un profesional de la nutrición que cuente con registro en la Superintendencia de Salud.

vi. Terapia ocupacional. Solo tendrán cobertura aquellas atenciones que sean realizadas por un terapeuta ocupacional, con registro en la Superintendencia de Salud.

vii. Traslado. Tendrá cobertura, todo traslado hospitalario, solicitado por el médico tratante y que haya sido previamente autorizado por la Isapre.

Incluye todas las prestaciones de salud, técnicas y uso de tecnologías realizadas en el prestador cerrado, **exceptuando aquellas de carácter dental y estético.**

i. Pago asociado a diagnóstico (PAD) Clínica de lactancia. Podrán acceder al conjunto de prestaciones de carácter integral, las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 0 y 6 meses de edad que presenten dificultades en el proceso de amamantamiento. Tendrán cobertura según los topes y porcentajes definidos en el Plan de Salud y acorde las condiciones detalladas para estos paquetes en las normas técnico-administrativas dictadas por el Ministerio de Salud vigentes a la fecha de la prestación.

j. Pago asociado a diagnóstico (PAD) Mal Nutrición infantil: Podrán acceder al conjunto integral de prestaciones, las beneficiarios y beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 7 y 72 meses, que presenten mal nutrición infantil. Tendrán cobertura según los topes y porcentajes definidos en el Plan de Salud y acorde a las condiciones detalladas para este paquete en las normas técnico-administrativas dictadas por el Ministerio de Salud vigentes a la fecha de la prestación.

k. Pago asociado a diagnóstico (PAD) fertilidad. Cobertura en tratamientos de fertilidad de baja y alta complejidad para hombres y mujeres. Tendrán cobertura los beneficiarios que cumplan con los criterios establecidos en normas técnico-administrativas definidas por Ministerio de Salud, según los topes y porcentajes dispuestos en su Plan de Salud.

l. Quimioterapia. Tendrán cobertura bajo esta categoría, la administración de todas las drogas antineoplásicas que cuenten con registro en el Instituto de Salud Pública (ISP) y que estén definidas para el tratamiento del cáncer en el que se están utilizando. Además, se entenderán dentro de esta cobertura todos los insumos necesarios para la administración de estos fármacos oncológicos.

m. Copago Fijo en Canasta GES: El copago GES, corresponde al monto a financiar por el afiliado y corresponde al 20% del valor referencial de cada canasta en cada periodicidad establecida según decreto que aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud. Además, este copago incluye los medicamentos que sean parte de la canasta y que se encuentren incluídos en el Vademecum vigente de la Isapre, los cuales serán dispensados en la farmacia con convenio vigente al momento de ser requeridos.

Al año 2024; las Garantías Explícitas de Salud ascienden a 87 problemas de salud, teniendo en consideración la cobertura de las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para la mayoría de ellas. La cantidad de patologías afectas a estas garantías podrá aumentar o disminuir, de acuerdo con la normativa vigente al momento de su aplicación.

n. Marcos y cristales ópticos: Tendrán cobertura todo marco, cristal o lente de contacto, que haya sido recetado por un médico oftalmólogo que tenga como finalidad la corrección dióptrica. Sólo en el caso de presbicia, no se requerirá receta médica para otorgar la cobertura.

o. Cobertura internacional. Sólo tendrán cobertura aquellas atenciones realizadas en el extranjero, que tengan la categoría o carácter de urgencia. Para hacer uso de la cobertura internacional, el afiliado deberá presentar toda la documentación que acredite detalladamente el diagnóstico, antecedentes médicos, prestaciones realizadas en el extranjero y el pago de dichas prestaciones para todo evento. Todos los documentos deberán estar traducidos al español y deben haber sido previamente certificados por la autoridad local competente y apostillado en el Ministerio de Relaciones Exteriores en caso de que el idioma de origen sea distinto al español. Una vez recibidos los antecedentes, la contraloría médica evaluará si corresponde o no realizar el reembolso según lo indicado en el Plan de Salud del afiliado.

Las coberturas GES y cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) se otorgarán exclusivamente en prestadores ubicados en territorio nacional que formen parte de red Isapre.

p. Pago asociado a diagnóstico (PAD) dental. Corresponde a un conjunto de prestaciones dentales de características generales y especialidad. Podrán acceder a la bonificación de tratamientos los beneficiarios que tengan entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten lesiones de caries de uno o más dientes y/o necesidad de tratamiento endodóntico. Se aplicará la cobertura según los topes y porcentajes definidos en el Plan de Salud y según las condiciones detalladas en normas técnico-administrativas dictadas por el Ministerio de Salud vigentes a la fecha de la prestación. Se aplicará cobertura a los códigos que correspondan, de acuerdo con el diagnóstico y a los tratamientos aplicados según lo informado explícitamente por el odontólogo tratante.

La cobertura del PAD de atención odontológica integral del paciente oncológico no contempla límite de edad para los beneficiarios.

q. Urgencia Integral Presencial: Considera la cobertura de todas las prestaciones, medicamentos, insumos, procedimientos y toda atención que el paciente reciba en el servicio de urgencia de Clínica Alemana de Santiago, en el marco de una atención de urgencia. Se entenderá como terminado el evento cuando el paciente es dado de alta del servicio de urgencia. Ante este evento el beneficiario deberá realizar el copago definido en el recuadro de “Urgencia Integral Presencial”.

En el caso de que el paciente sea hospitalizado, la cobertura será equivalente a los porcentajes de hospitalización desde le ingreso a la urgencia y en este caso no aplicará cobertura en la modalidad de “Urgencia Integral”.

El traslado en ambulancia o Helicóptero no está incluido en la cobertura de Urgencia Integral.

r. Atenciones de Teleurgencia. Se entenderá como atención de urgencia y teleurgencia a todas las prestaciones de salud realizadas en un servicio de urgencia producto de un evento que contemple una consulta de urgencia o teleurgencia ya sea en horario hábil o inhábil.

IV: Valor de conversión de la Unidad de Fomento

a. Para la bonificación y topes el valor de la conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

b. Para el pago de cotizaciones el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

V: Reajuste del Arancel de Prestaciones

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en los aranceles expresados en pesos deberá ser reajustado a lo menos una vez al año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes ante precedente a aquél en que se aplique el nuevo reajuste, ambos inclusive.

Para el caso que desaparezca dicho índice se sustituirá por el que la autoridad competente disponga en lugar de aquel. El reajuste y modificaciones antes dichas son independientes de la obligación de la Isapre de otorgar bonificaciones a nuevas prestaciones que se incorporen al arancel Fonasa en su modalidad libre elección, desde el momento de su incorporación y otorgar como mínimo las que dicho arancel asegura.