TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: X GRUPAL: FUN Nº

| PRESTACIONES | LIBRE ELECCIÓN (*) | | |
|---|---|---|---|
| | Bonificación | | Tope Máximo Beneficiario/Año |
| | % | Tope | |
| **HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA** | | | |
| Día Cama<br>Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios<br>Día Cama Transitorio y Observación<br>Día Cama Cuidados Incubadora<br>Día Cama Sala Cuna<br>Derecho Pabellón<br>Exámenes de Laboratorio<br>Imagenología<br>Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional<br>Materiales e Insumos Clínicos | **100% Prestadores G41, G42, G43<br>90% Prestadores G44<br>80% Prestadores G45<br>40% Prestadores G46** | **Sin Tope** | **Sin Tope** |
| Medicamentos | | | 500 UF |
| Quimioterapia | | 60 UF por Ciclo | 600 UF |
| Procedimientos | **90%** | 2,8 AC | **Sin Tope** |
| Honorarios Médico Quirúrgicos | | 18,2 AC | |
| Visita por Médico Tratante<br>Visita por Médico Interconsultor | | 1,8 UF | |
| Prótesis, Órtesis y Elementos Osteosíntesis | | 6 AC | 59 UF |
| Traslados Médicos | | 3,4 AC | 3,4 UF |
| **AMBULATORIAS** | | | |
| Consulta Médica, Psiquiátrica y/o Psicológica<br>Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (**) | **50%** | 0,83 UF | **Sin Tope** |
| Procedimientos | | 3,4 AC | |
| Imagenología | | 3,25 AC | |
| Exámenes de Laboratorio | | 3,4 AC | |
| Kinesiología, Fisioterapia o Terapia Ocupacional<br>Fonoaudiología | | 3,8 AC | 5,7 UF |
| Atención Integral de Enfermería<br>Consulta y Teleconsulta integral de nutricionista | | | 5,7 UF |
| Prótesis y Órtesis | | | 13 UF |
| Radioterapia | | 4,8 AC | **Sin Tope** |
| Honorarios Médico Quirúrgicos | **90%** | 18,2 AC | |
| Pabellón Ambulatorio | | 3,4 AC | |
| Prestaciones Dentales (PAD)<br>Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD)<br>Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) | **100%** | 1 AC | Ver Anexo (*) |
| Quimioterapia | Igual a Quimioterapia Hospitalaria | | |
| **PRESTACIONES RESTRINGIDAS** | | | |
| Hospitalización Domiciliaria<br>Cirugía Bariátrica<br>Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica | 25% de la Cobertura General | | |
| **OTRAS COBERTURAS** | | | |
| Lentes Ópticos | **50%** | 1,5 UF | 1,5 UF |
| Medicamentos e Insumos de Servicio de Urgencia | | 1 UF | **Sin Tope** |
| Instrumental Robótico | **100%** | 10 UF | |
| Box Ambulatorio | Igual a Pabellón Ambulatorio | | |
| PAD para fertilidad | **100%** | 1 AC | Ver Anexo (*) |
| Insumos y Anestésicos en Cirugía Ambulatoria | Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor | | |
| Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ | Igual a la cobertura nacional | | |
| Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias | Igual a la cobertura nacional Libre Elección con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Clínica RedSalud Vitacura | | |
| Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas | En Listado Prestadores CAEC Red de Atención M | | |
| Prestadores derivados | Cualquiera de las Clínicas no usadas | | |

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.
(**) VER NOTAS EXPLICATIVAS.

**TIPO DE PLAN:** **INDIVIDUAL:** X **GRUPAL:** **FUN Nº**

**Precio Base** UF **Cotización Legal** % **Tabla Nº** 23

## TABLA DE FACTORES

| TRAMO 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 años y más | 2,4 | 2,2 |

**Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que ellas cumplan los 2 años de edad.**

**IDENTIFICACION ÚNICA DEL ARANCEL** ARANCEL COLMENA **MODALIDAD DEL ARANCEL** PESOS

**TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO** **MONTO** 7500 **UF**

**CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL**

**REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL**

**Firma Agente de Ventas**
**ISAPRE COLMENA**

Nombre:
Rut:
Código:
Fecha:

**Firma Cotizante**

Nombre:
Rut:
Fecha:

Huella Digital

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL: X GRUPAL: FUN Nº

## NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD

### I. Coberturas.

#### 1. Coberturas Hospitalarias

a) Los prestadores nacionales para la atención de libre elección se han dividido en 6 grupos (G41, G42, G43, G44, G45 y G46). Algunos prestadores pueden aparecer en más de un grupo de acuerdo a la modalidad hospitalaria que se ocupe (institucional, habitación individual, habitación compartida). Los prestadores que no se encuentran expresamente nominados se considerarán dentro de G46. Los grupos son:

**GRUPOS DE PRESTADORES A NIVEL NACIONAL**

| NOMBRE PRESTADOR | CIUDAD |
|---|---|
| **PRESTADORES G46** | |
| CLÍNICA ALEMANA | SANTIAGO |
| CLÍNICA LAS CONDES | SANTIAGO |
| TODOS LOS NO INCLUIDOS EN OTROS GRUPOS | NACIONAL |
| **PRESTADORES G45** | |
| CLÍNICA SAN CARLOS APOQUINDO | SANTIAGO |
| CLÍNICA UNIVERSIDAD CATÓLICA | SANTIAGO |
| CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES | SANTIAGO |
| CLÍNICA MEDS | SANTIAGO |
| CLÍNICA SANTA MARÍA | SANTIAGO |
| **PRESTADORES G44** | |
| CLÍNICA REDSALUD VITACURA | SANTIAGO |
| HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA | SANTIAGO |
| FUNDACIÓN ARTURO LOPEZ PEREZ | SANTIAGO |
| HOSPITAL CLÍNICO DE LA FUERZA AÉREA DE CHILE | SANTIAGO |
| CLÍNICA INDISA | SANTIAGO |
| CLÍNICA BUPA ANTOFAGASTA | ANTOFAGASTA |
| CLÍNICA BUPA REÑACA | VIÑA DEL MAR |
| CLÍNICA SANATORIO ALEMÁN | CONCEPCIÓN |
| CLÍNICA LOS ANDES | LOS ANGELES |
| CLÍNICA ALEMANA DE TEMUCO | TEMUCO |
| CLÍNICA ALEMANA DE VALDIVIA | VALDIVIA |
| CLÍNICA ALEMANA DE OSORNO | OSORNO |
| CLÍNICA REDSALUD MAGALLANES | PUNTA ARENAS |
| **PRESTADORES G43** | |
| CLÍNICA BUPA SANTIAGO | SANTIAGO |
| NUEVA CLÍNICA CORDILLERA | SANTIAGO |
| HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO | SANTIAGO |
| HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE (Mod. Institucional) | SANTIAGO |
| CLÍNICA TARAPACA | IQUIQUE |
| CLÍNICA CIUDAD DEL MAR | VIÑA DEL MAR |
| CLÍNICA CHILLAN | CHILLAN |
| CLÍNICA BÍO BÍO | CONCEPCIÓN |
| CLÍNICA ANDES SALUD CONCEPCIÓN | CONCEPCIÓN |
| HOSPITAL CLÍNICO DEL SUR | CONCEPCIÓN |

| NOMBRE PRESTADOR | CIUDAD |
|---|---|
| **PRESTADORES G42** | |
| CLÍNICA DÁVILA RECOLETA | SANTIAGO |
| CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA | SANTIAGO |
| CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO | SANTIAGO |
| CLÍNICA DÁVILA VESPUCIO | SANTIAGO |
| CLÍNICA SAN JOSE | ARICA |
| CLÍNICA REDSALUD IQUIQUE | IQUIQUE |
| CLÍNICA EL LOA | CALAMA |
| CLÍNICA PORTADA | ANTOFAGASTA |
| CLÍNICA CUMBRES DEL NORTE | ANTOFAGASTA |
| HOSPITAL MILITAR DEL NORTE | ANTOFAGASTA |
| CLÍNICA RCR ATACAMA | COPIAPÓ |
| CLÍNICA REDSALUD ELQUI | LA SERENA |
| HOSPITAL CLÍNICO DE VIÑA DEL MAR | VIÑA DEL MAR |
| HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF | VIÑA DEL MAR |
| CLÍNICA REDSALUD VALPARAISO | VALPARAISO |
| CLÍNICA LOS CARRERA | QUILPUÉ |
| CLÍNICA ISAMEDICA | RANCAGUA |
| HOSPITAL CLÍNICO FUSAT | RANCAGUA |
| CLINICA RED SALUD RANCAGUA (INTEGRAL) | RANCAGUA |
| CLÍNICA LIRCAY | TALCA |
| CLÍNICA LAS AMAPOLAS | CHILLÁN |
| CLÍNICA REDSALUD MAYOR | TEMUCO |
| CLÍNICA PUERTO VARAS | PUERTO VARAS |
| CLÍNICA ANDES SALUD PUERTO MONTT | PUERTO MONTT |
| CLÍNICA PUERTO MONTT | PUERTO MONTT |
| **PRESTADORES G41** | |
| CLÍNICA JUAN PABLO II | SANTIAGO |
| CLÍNICA SIERRA BELLA | SANTIAGO |
| HOSPITAL DEL PROFESOR | SANTIAGO |
| HOSPITAL PARROQUIAL SAN BERNARDO | SANTIAGO |
| CLÍNICA FLEMING ARICA | ARICA |
| CLÍNICA RÍO BLANCO | LOS ANDES |
| CLÍNICA SAN ANTONIO | SAN ANTONIO |
| CLÍNICA ADVENTISTA LOS ANGELES | LOS ANGELES |
| HOSPITAL DE LAS FFAA CIRUJANO GUZMÁN | PUNTA ARENAS |
| Todos los Hospitales del SNS no incluidos en otros grupos | |

b) Día cama: el plan bonifica, como máximo, la habitación individual con baño privado de menor valor del prestador. Cualquier diferencia por el uso de habitaciones superiores (suite, departamentos, otras) será de cargo del beneficiario.

c) Día cama transitorio: corresponde a la permanencia en el establecimiento asistencial por un periodo de más de 6 hrs y menos de 12, sin pernoctar.

d) Día cama observación: corresponde a la permanencia en el establecimiento asistencial, ocupando cama por un mínimo de 4 horas, sin pernoctar.

e) Kinesiología y Fisioterapia: se cubrirán exclusivamente prestaciones de este tipo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo, otorgadas por profesionales kinesiólogos o médicos fisiatras, por indicación de un médico tratante.

f) Materiales e insumos clínicos: considera los materiales e insumos de carácter desechable, utilizados durante la cirugía y/o en el periodo de permanencia bajo el régimen de hospitalización, que resultan necesarios para alcanzar los objetivos de la misma y que no se encuentren incluidos dentro del precio del día cama o derecho de pabellón. Se excluyen de cobertura: ropa de uso personal tales como calzones clínicos, medias elásticas, zapatillas de levantarse, etc.; pañales, kit de aseo, ropa de cama de cualquier tipo, insumos no desechables como termómetros, vendas, fajas, mantas térmicas, bolsas de frío-calor, etc. No corresponden a este rubro las prótesis, órtesis o elementos de osteosíntesis, estén o no incluidos en el Arancel de Prestaciones de la Isapre como tales.

g) Medicamentos: la cobertura de medicamentos hospitalarios aplica a todos aquellos necesarios y utilizados para el tratamiento de las patologías que

determinaron la hospitalización y sus eventuales complicaciones, administrados al paciente durante la misma y siempre que estén registrados en el Instituto de Salud Pública (ISP) con fines curativos (los medicamentos con fines de investigación y experimentación no tendrán cobertura).

h) Quimioterapia hospitalaria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer bajo régimen hospitalizado. Se incluyen los fármacos para quimioterapia (drogas antineoplásicas), terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de la tirosin kinasa, que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Asimismo, se incluyen todos los insumos utilizados durante la administración de fármacos oncológicos, incorporándose, además, los fármacos para la profilaxis primaria y medicamentos antieméticos en las quimioterapias de riesgo alto e intermedio.
El tope de bonificación es por ciclo, donde un ciclo corresponde al período de administración del medicamento y el de descanso, hasta la siguiente administración. Sólo en el caso de tratamientos de inhibidores de tirosin kinasa el tope es trimestral. La cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento se determinará por el médico tratante.
Para poder tener derecho a la cobertura de las prestaciones incluidas en los tratamientos de quimioterapia, el beneficiario debe contar con la respectiva orden médica, entregada por el especialista oncólogo u hemato-oncólogo.

i) Procedimientos: se incluyen en este rubro los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano. Además, se incluyen los procedimientos de medicina transfusional llevados a cabo por tecnólogo médico con mención en banco de sangre.

j) Honorarios médico quirúrgicos: corresponde a la cobertura de los honorarios de la totalidad del equipo médico participante en la cirugía (cirujano, médicos ayudantes, anestesista y arsenalera). Esta cobertura incluye la visita pre-anestésica, las acciones efectuadas en el pabellón quirúrgico y la atención postoperatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.

**2. Coberturas Ambulatorias**

a) Consulta Telemedicina: corresponde a una consulta a distancia, realizada a través de tecnologías de la información (videollamada) y telecomunicaciones entre un paciente y un médico inscrito en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud en la respectiva especialidad, que se encuentran en lugares geográficos distintos y que pueden actuar entre sí en tiempo real. Esta modalidad de atención sincrónica, requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles para sostenerla al mismo tiempo.
Sólo tendrán cobertura las consultas de telemedicina de las especialidades aranceladas por Fonasa, con los topes y porcentajes que se expresan en el anverso del Plan de Salud, manteniéndose las eventuales restricciones de cobertura que el Plan disponga. Durante la consulta de Telemedicina, podrá haber lugar a la notificación de un problema de salud GES.
Para el otorgamiento de la bonificación, la isapre podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención a través de una boleta o factura emitida por el prestador, en que conste expresamente el código de la consulta de Telemedicina realizada. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.

b) Terapia Ocupacional: tendrán cobertura las prestaciones de terapia ocupacional en diversos contextos (ambulatorio, hospitalizado y domiciliario), realizadas por terapeutas ocupacionales que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales que mantiene la Superintendencia de Salud, y que hayan sido derivadas por médicos tratantes de las siguientes especialidades: fisiatría, geriatría, neurología de adultos o infantil, psiquiatría de adultos o infantil, traumatología, otorrinolaringología, cirugía plástica, oftalmología, oncología o cualquier otra especialidad médica relativa al área de rehabilitación física, neurológica o psiquiátrica.
Para obtener cobertura, se deberá presentar orden médica del médico tratante que indique el beneficiario, diagnóstico médico y la indicación del N° de sesiones necesarias, según el tratamiento de terapia ocupacional correspondiente.

c) Atención integral de enfermería: corresponde a la atención en Centros de Enfermería del Adulto Mayor o en domicilio, efectuada por una Enfermera Universitaria, a pacientes mayores de 55 años o pacientes postrados, enfermos en condición terminal, pacientes oncológicos, portadores de secuelas severas o pacientes post-operados.

d) Todo beneficiario tendrá derecho a la cobertura de la Consulta de Nutricionista en la forma dispuesta en el plan.
Consulta y teleconsulta de atención integral de nutricionista (por sesión): La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

e) Pabellón ambulatorio: procede esta cobertura cuando se utiliza un pabellón o sala de procedimiento para llevar a cabo las prestaciones que en el Arancel Colmena se asocian a los guarismos o códigos adicionales 1 al 4.

f) Prestaciones dentales (PAD): Corresponde a un conjunto de prestaciones dentales agrupadas y estandarizadas, incluidas en el Arancel Colmena con los códigos 2503001 a 2503006. Tienen derecho a esta cobertura los beneficiarios que tengan entre 12 años y 34 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Se aplicará la cobertura con el o los códigos que correspondan, de acuerdo al diagnóstico y a los tratamientos aplicados según lo informado explícitamente por el odontólogo tratante. En todo caso, cada beneficiario tiene derecho a cobertura de sólo uno de cada código, en un mismo año contrato.

Adicionalmente, se encuentra incluido en el Arancel Colmena el PAD “Atención Odontológica del Paciente Oncológico” con el código 2503007, que incluye prestaciones diagnósticas, preventivas y curativas, que el paciente oncológico podrá realizarse por cada tratamiento indicado por el equipo oncológico tratante y, previo al inicio del tratamiento oncológico. El beneficiario debe contar con la Orden Médica que certifique el diagnóstico oncológico para tener derecho a la cobertura de PAD. Este PAD es excluyente con los códigos PAD dental 2503001, 2503002 y 2503003.

La Isapre podrá definir entregar esta cobertura, exclusivamente a través de una red cerrada de prestadores dentales con los que haya convenido, en cuyo caso deberá informar a los beneficiarios por todos los medios de que disponga, tales como página web, correo electrónico y sucursales.

g) Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD): corresponde a una intervención profesional integral, inmediata y de seguimiento para acoger a las mujeres, sus hijos/as y familia, con y sin dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional, incluida en el Arancel Colmena bajo el código 2502020. Podrán acceder a este PAD de carácter integral, las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 0 y 6 meses de edad y podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud. La cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

h) Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD): corresponde a la intervención integral nutricional para el manejo de la malnutrición infantil, incluida en el Arancel Colmena bajo el código 2502051. Podrán acceder a este PAD de carácter integral, las beneficiarias o beneficiarios cuyos hijos o hijas tengan entre 7 y 72 meses de edad y podrán hacerlo de manera espontánea o derivados por algún miembro del equipo de salud. La cobertura de este PAD no incluye los alimentos o leche artificial, solicitados en las sesiones correspondientes.

i) Quimioterapia ambulatoria: consiste en la administración de medicamentos para el tratamiento del cáncer de manera ambulatoria. Se incluyen los fármacos para quimioterapia (drogas antineoplásicas), terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de la tirosin kinasa, que cuenten con el respectivo registro en el Instituto de Salud Pública (ISP). Asimismo, se incluyen todos los insumos utilizados durante la administración de fármacos oncológicos, incorporándose, además, los fármacos para la profilaxis primaria y medicamentos antieméticos en las quimioterapias de riesgo alto e intermedio.
El tope de bonificación es por ciclo, donde un ciclo corresponde al período de administración del medicamento y el de descanso, hasta la siguiente administración. Sólo en el caso de tratamientos de inhibidores de tirosin kinasa el tope es trimestral. La cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento se determinará por el médico tratante.
Para poder tener derecho a la cobertura de las prestaciones incluidas en los tratamientos de quimioterapia, el beneficiario debe contar con la respectiva orden médica, entregada por el especialista oncólogo u hemato-oncólogo.

### 3. Prestaciones con Cobertura Restringida

Son aquellas prestaciones respecto de las cuales no se aplica la cobertura preferente ni la establecida para la modalidad libre elección, sino aquella expresamente indicada en el plan de salud.

a) Hospitalización domiciliaria: esta prestación será bonificada sólo cuando la atención prestada en el domicilio sea equivalente a la que el paciente recibiría en una clínica u hospital, dada la condición de salud del mismo y, por lo tanto, esta modalidad de atención corresponda a una sustitución de una hospitalización tradicional. Para calificarla como tal, deberían considerarse los siguientes factores de manera copulativa:

a. El paciente debe estar cursando una enfermedad aguda o la reagudización de una patología crónica.
b. Existencia de una prescripción o indicación médica.
c. Control médico periódico, debidamente acreditado con los documentos clínicos que correspondan, y
d. Asistencia y atención equivalente a la que habría recibido el paciente de haberse encontrado en un centro asistencial.

No constituye hospitalización domiciliaria la atención particular de enfermería recibida por un enfermo en el domicilio.

b) Cirugía bariátrica: esta cobertura aplica a la totalidad de los rubros incluidos en el grupo de Prestaciones Hospitalarias con ocasión de una cirugía bariátrica, vale decir una cirugía para el tratamiento del sobrepeso u obesidad, tenga o no patología asociada.

c) Cirugía fotorrefractiva o fototerapéutica: esta cobertura aplica a honorarios médico quirúrgicos, derecho de pabellón, medicamentos, insumos y materiales clínicos necesarios para la corrección de vicios de refracción, por cualquier técnica.

### 4. Otras Coberturas

a) Lentes ópticos: se dará cobertura a lentes permanentes (no desechables) con corrección dióptrica recetados por un médico oftalmólogo. Sólo los lentes para corregir la Presbicia no requieren receta médica.

b) Instrumental robótico: corresponde al instrumental e insumos especiales, habitualmente identificados como tales por el prestador, utilizados con ocasión de la cirugía robótica en aquellos centros clínicos que cuentan con dicho equipo médico.

c) Box ambulatorio: corresponde a la utilización de cualquier acomodación dentro de un establecimiento Clínico (cama, sillon, camilla, etc.) en forma transitoria (1 a 4 horas) con fines de diagnostico y/o tratamiento.

d) PAD para fertilidad: corresponde a un conjunto de prestaciones agrupadas y estandarizadas, incluidas en el Arancel Colmena, del cual tendrán derecho a cobertura aquellos beneficiarios que cumplan con los criterios establecidos en las normas técnico administrativas para el tratamiento de fertilidad de baja y alta complejidad dictadas por el MINSAL:

1. Fertilización asistida de baja complejidad (códigos 2502009 y 2502010).
La cobertura financiera mediante estos PAD, incluye la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial. Las prestaciones que están individualmente aranceladas se cursarán bajo su código respectivo, el resto de prestaciones cobradas, que no se encuentren en el arancel, se liquidarán bajo el código correspondiente a cada PAD.
La frecuencia máxima para el tratamiento de baja complejidad, en el año calendario, es de 3 prestaciones para hombre (2502009) y 3 prestaciones para mujer (2502010).
2. Fertilización Asistida de Alta Complejidad (FAAC) (códigos 2502011 a 2502018).
La cobertura financiera mediante estos 8 PAD, incluye la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con Fertilización In Vitro (FIV) o Inyección Intracitoplasmática de Espermios (ICSI). Cada uno de estos PAD conforma una prestación en sí misma.

Se aplicará la cobertura con él o los códigos que correspondan, de acuerdo al diagnóstico y a los tratamientos aplicados, según lo informado explícitamente por el médico tratante. Además, las prestaciones que están individualmente aranceladas se cursarán bajo su código respectivo, el resto de prestaciones cobradas, que no se encuentren en el arancel, se liquidarán bajo el código correspondiente a cada PAD.

Para acceder a la cobertura financiera de estos PAD, la pareja o la beneficiaria deberán presentar los gastos efectuados, acompañados de una Solicitud de Tratamiento (ST), emitida por el médico tratante, que cuente con diagnóstico previo de infertilidad y que, además, cumpla con las indicaciones de procedimientos de fertilización asistida definidas en la "Guía para el Estudio de Tratamiento de la Infertilidad" del MINSAL y, como máximo, tendrán cobertura 2 intentos completos.

e) Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria: corresponde a la cobertura de los materiales, insumos clínicos y medicamentos anestésicos utilizados durante una cirugía ambulatoria con código adicional de pabellón 1 a 4.

f) La cobertura internacional operará por la vía del reembolso de las prestaciones efectuadas fuera de Chile, previa presentación de la documentación que acredite su pago y la correspondiente autorización de la Contraloría Médica de la Isapre. Para ello se deben presentar boletas o facturas originales, acompañados del listado detallado de las prestaciones otorgadas e informe médico con diagnóstico y tratamiento efectuado, ambos documentos en original y debidamente traducidos, si no fuesen originalmente en español o inglés. La bonificación se otorgará en moneda nacional, con el tipo de cambio vigente al último día del mes anterior a la fecha de bonificación.

g) Una vez alcanzado el tope de bonificación anual, señalado en determinadas prestaciones, la Isapre continuará bonificando a lo menos un 25% de la cobertura determinada para esa prestación. En ninguna circunstancia el plan bonificará menos que el 25% de la cobertura general para la prestación genérica o la cobertura del Fonasa en su modalidad de Libre Elección, el que sea mayor.

## II. Definiciones

a) A.C.: Corresponde al Arancel Colmena. El número que lo antecede es el factor multiplicador de dicho arancel para cada prestación.
b) U.F.: Abreviación de unidad de fomento.

## III. Valor de conversión de la Unidad de Fomento a utilizar

a) Para el cálculo de los topes en unidades de fomento, así como de los copagos fijos, si correspondiese, se utilizará el valor que la Unidad de Fomento tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
b) Para el pago de la cotización el valor de conversión que se utilizará será el que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

## IV. Reajuste del Arancel de Prestaciones

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en el arancel Colmena será reajustado el 1 de marzo de cada 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 enero y diciembre del año inmediatamente anterior, ambos inclusive.