

Esencial® Grupo Alemana

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

Esencial Santa Maria 90H70A-0626

SM90700626

Nº FUN _____

Tipo Plan: Individual [X] Grupal [ ]

Prestaciones	Oferta Preferente (*)			Libre Elección (*)		
	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx. año contrato por beneficiario
	%	Tope		%	Tope	
Hospitalarias y cirugía mayor ambulatoria						
Día cama (Cuidados intensivos, coronarios, intermedios, sala cuna, incubadora, entre otras)	**100% Sin Tope** Clínica Dávila Recoleta Clínica Dávila Vespucio Clínica RedSalud Santiago Clínica RedSalud Providencia Clínica BUPA Santiago **90% Sin Tope** Clínica Santa María Clínica RedSalud Vitacura Clínica INDISA Providencia y Maipú Red de prestadores en convenio definidos en anexo (I.1.IV) **40% Sin Tope** Clínica Universidad de los Andes Clínica San Carlos de Apoquindo Clínica Alemana de Santiago		Sin Tope	**60% Sin tope** Libre Elección		100 UF
Derecho a pabellón						30 UF
Procedimientos						10 UF
Exámenes de laboratorio e histopatología						
Imagenología (Rayos, ecotomografía, resonancia, scanner, entre otras)						
Honorarios médicos quirúrgicos						30 UF
Visita médico tratante e interconsultor						
Kinesiología y Fisioterapia						
Medicamentos, materiales e insumos médicos			1500 UF			150 UF
Quimioterapia			1500 UF			800 UF
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis			1500 UF			101 UF
Traslados médicos			Sin Tope			50 UF
Ambulatorias						
Consulta médica telemedicina	**90% Sin Tope** Clínica Dávila Recoleta Clínica Dávila Vespucio Centros Médicos Dávila **80% Sin Tope** Clínica RedSalud Santiago Clínica RedSalud Providencia Clínica BUPA Santiago Integramédica **70% Sin Tope** Clínica Santa María Clínica RedSalud Vitacura Clínica INDISA Providencia y Maipú Centros Médicos Clínica Santa María Red de prestadores en convenio definidos en anexo (I.1.IV) **40% Sin Tope** Clínica Universidad de los Andes Clínica San Carlos de Apoquindo Clínica Alemana de Santiago		Sin Tope	**60%** Libre Elección	0,7 UF	7 UF
Consulta médica					0,7 UF	
Exámenes de laboratorio e histopatología					Sin Tope	5 UF
Imagenología (Rayos, ecotomografía, resonancia, scanner, entre otras)						8 UF
Procedimientos ambulatorios						5 UF
Honorarios médicos quirúrgicos						
Derecho a pabellón						
Radioterapia						
Kinesiología, fisioterapia y fonoaudiología					0,7 UF	5 UF
Atención integral de enfermería y nutricionista			5 UF		0,7 UF	
Prótesis y órtesis			5 UF		Sin Tope	
Prestaciones dentales (PAD)			5 UF			
Clínica de la lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD)			5 UF			
Mal nutrición infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD)			10 UF			
Tratamiento de fertilización asistida baja complejidad (PAD)			15 UF			10 UF
Tratamiento de fertilización asistida alta complejidad (PAD)			20 UF			15 UF
Quimioterapia	Igual a quimioterapia hospitalaria					
Coberturas restringidas						
Cirugía Bariátrica y Metabólica	**30% Sin Tope** Clínica Santa María			**30% Sin Tope** Libre Elección		
Cirugías Refractivas, Fotorrefractiva y/o Fototerapéuticas						
Cirugías Septoplastias y Rinoplastias						
Otras Prestaciones						
Marcos y cristales ópticos	Sólo Libre Elección			100%	1 UF	1 UF
Cobertura internacional				60%	1000 UF	1000 UF
Box ambulatorio	Igual a cobertura pabellón ambulatorio					
Cirugía fotorrefractiva	Igual a cobertura ambulatoria					
Atención de Urgencia						
Consulta médica de urgencia, imagenología, exámenes, procedimientos, pabellón, box ambulatorio, honorarios médicos y todas las prestaciones realizadas en el servicio de urgencia	Igual a cobertura ambulatoria, en los mismos prestadores definidos, excepto en Clínica Santa María que aplicará la cobertura de Urgencia Integral.					

Urgencia Integral	Copago fijo para todas las prestaciones recibidas en el Servicio de Urgencia de Clínica Santa María		
	Pediátrica	Adulto	Maternidad
Normal	1,80	1,35	1,63
Compleja	4,82	5,60	5,81

Prestadores derivados	Clínica RedSalud Vitacura y Clínica INDISA

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO



Esencial® Grupo Alemana

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

Esencial Santa Maria 90H70A-0626

SM90700626

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	8500 UF

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 Santa Maria 90H70A-0626

SM90700626

Notas Explicativas del Plan de Salud

I: Coberturas

1. Prestadores en convenio: Los prestadores individualizados en el siguiente listado son todos los prestadores definidos “en convenio” para este Plan de Salud. Cualquier prestador que cumpla las condiciones para ser bonificado y que no esté nominado en la siguiente lista será bonificado en modalidad libre elección.

Prestadores preferentes definidas para la región metropolitana:

Red de Prestadores (I)
Clínica Dávila Recoleta
Clínica Dávila Vespucio

Red de Prestadores (II)
Clínica RedSalud Santiago
Clínica RedSalud Providencia
Clínica BUPA Santiago

Red de Prestadores (III)
Clínica Santa María
Clínica RedSalud Vitacura
Clínica INDISA Providencia
Clínica INDISA Maipú

Red de Prestadores (IV)
Clínica Universidad de los Andes
Clínica San Carlos de Apoquindo UC CHRISTUS
Clínica Alemana de Santiago

Prestadores definidos preferentes para el resto de Chile por región:

Red de Prestadores (IV)	Región
Clínica San José	Arica y Parinacota
Clínica RedSalud Iquique	Tarapacá
Clínica Tarapacá	Tarapacá
Clínica Antofagasta	Antofagasta
Clínica Portada	Antofagasta
Clínica Andes Salud El Loa	Antofagasta
Clínica Atacama Achs Salud	Atacama
Clínica RedSalud Elqui	Coquimbo
Clínica Bupa Reñaca	Valparaíso
Clínica Ciudad del Mar	Valparaíso
Clínidad Isamedica	O'Higgins
Hospital Clínica FUSAT	O'Higgins
Clínica RedSalud Rancagua	O'Higgins
Clínica Lircay	Maule
Clínidad Andes Salud Chillán	Ñuble
Clínica Andes Salud Concepción	Biobío
Clínica Sanatorio Alemán	Biobío
Clínica Alemana de Temuco	La Araucanía
Clínica RedSalud Mayor de Temuco	La Araucanía
Clínica Alemana de Valdivia	Los Ríos
Clínica Andes Salud Puerto Montt	Los Lagos
Clínica Puerto Varas	Los Lagos
Clínica Alemana de Osorno	Los Lagos

2. Tipos de 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, dentro del territorio nacional.

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

3. Descripción de coberturas.

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. Box ambulatorio. Corresponde a cama, sillón, camilla y otro utilizado en un establecimiento asistencial, con fines diagnósticos o terapéuticos, que se utilice por menos de 4 horas.

c. 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 I.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.

d. Consultas médicas, procedimientos ambulatorios y honorarios médicos quirúrgicos. La cobertura preferente aplicará siempre y cuando sea efectuada por un médico del staff del establecimiento, en convenio con Isapre Esencial y utilizando bonos, de lo contrario la cobertura será bonificada como Libre Elección de acuerdo con las condiciones definidas en el Plan de Salud.

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

f. 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.

g. 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.

h. Atención integral de enfermería. Corresponde a la atención efectuada por una enfermera, con registro en la Superintendencia de Salud, a pacientes adultos mayores o pacientes postrados, post-operados, en condición terminal, oncológicos o con secuelas funcionales severas.

i. 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.

j. 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.

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. 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.

m. Pago asociado a diagnóstico (PAD) Mal nutrición infantil. Podrán acceder al conjunto integral de prestaciones, las beneficiarias o 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 las condiciones detalladas para estos paquetes en las normas técnico-administrativas dictadas por el Ministerio de Salud vigentes a la fecha de la prestación.

n. Urgencia. Se entenderá como atención de urgencia a todas las prestaciones de salud realizadas en un servicio de urgencia producto de un evento que contemple una consulta de urgencia ya sea en horario hábil o inhábil. Dichas prestaciones tendrán bonificación según porcentajes y límites definidos en el Plan de Salud. De ser atendido en alguno de los prestadores definidos en el punto (I.1) la cobertura será definida como preferente, de realizar la atención en cualquier otro prestador, la cobertura será bonificada como libre elección

o. Urgencia Integral. Considera la cobertura de todas las prestaciones, medicamentos, insumos, procedimientos y toda atención que el paciente reciba en el servicio de urgencia de Clínica Santa María, 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 cuadro de Urgencia Integral, según corresponda el caso.

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

La categorización de la urgencia integral se realizará en base a distintos parámetros con la siguiente prelación:

- **Condición de atención de maternidad:** aquella atención de urgencia que requiera: ecografía obstétrica con o sin estudio fetal; ecografía transvaginal o transrectal; ecografía obstétrica y/o ginecológica 4D; ecografía doppler de vasos placentarios o doppler obstétrico multisistémico. Por lo tanto, no será la condición de embarazo la que determine la categorización de maternidad, sino las prestaciones que se realicen, independiente de la edad del beneficiario.
- **Condición de atención pediátrica:** aquella atención de urgencia para menores de 15 años.
- **Condición de atención adulto:** aquella atención de urgencia para beneficiarios con 15 años o más.

Una vez caracterizado el beneficiario, se determinará la complejidad de la atención según lo siguiente:

Atención Compleja: Aquella atención que requiera a lo menos la realización de un examen de Imagenología de los Subgrupos 03-Scanner, 05-Resonancias, o procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas, herida cortante contusa o no contusa o cualquiera de las siguientes prestaciones códigos Fonasa: 1201029, 1201030, 1202004, 1202029, 1301003, 1302002, 1302025, 1502001, 1502002, 1502021, 1602203, 1602221, 1602222, 1602224, 1602225, 1602241, 1701045, 1707034, 1707037, 1801001, 1801024, 1801028, 1801035, 1801042, 1803002, 1803003, 1803019, 1901022, 1902022, 1902031, 2107001, 2107002, 2107003, 2107005, 2107006. Si cualquiera de estas prestaciones se presenta en una atención de urgencia de maternidad, adulto o pediátrica, esta misma se calificará como urgencia de maternidad compleja.

Atención Simple: aquella atención que no requiera ninguna de las prestaciones mencionadas en el apartado anterior.

p. 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.

q. 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.

r. Topes anuales. Tanto el tope general anual por beneficiario como los montos máximos por prestación, son únicos y comprenden la suma de las bonificaciones de las prestaciones libre elección y preferente. El valor indicado rige para cada beneficiario por año de vigencia de beneficio.

s. Bonificación. Corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. 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. 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.

t. Terapia ocupacional. Solo tendrán cobertura aquellas atenciones que sean realizadas por un terapeuta ocupacional, con registro en la Superintendencia de Salud, que hayan sido derivadas por su médico tratante.

u. Traslado. Tendrá cobertura, todo traslado hospitalario, solicitado por el médico tratante y que haya sido previamente autorizado por la Isapre. Esto, excepto en caso de urgencia médica, donde la cobertura rige según lo indicado en el Plan de Salud.

v. Médico staff en convenio. Corresponde al grupo de médicos del prestador adheridos a los convenios de Isapre Esencial.

II: Definiciones

a. U.F.: Unidad de Fomento

b. 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”.

c. 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.

d. 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.

e. Copago: Pago que debe realizar el afiliado por la diferencia de la cobertura otorgada por el Plan de Salud y el valor arancel de la prestación médica en la institución de salud.

III: 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.

IV: Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestadores preferentes

a. La cobertura preferente aplicará exclusivamente para aquellas prestaciones médicas que forman parte de la capacidad técnica del prestador preferente nominado en el plan.

b. Se considerará como insuficiencia técnica, cuando un prestador preferente se encuentre imposibilitado de realizar las prestaciones médicas que forman parte de la oferta preferente del plan, en un tiempo superior al definido en los tiempos máximos de espera que se detallan a continuación.

Tipo de prestación	Tiempo de espera máximo
Consulta de Especialidad salvo las definidas en el siguiente punto.	15 días
Para Consultas Médicas en las especialidades de: Gastroenterología, Reumatología, Dermatología, Urología, Oncología, Hematología y Psiquiatría.	28 días
Exámenes.	7 días
Procedimiento diagnósticos y terapéuticos.	15 días
Intervención quirúrgica.	20 días

Ante esta situación, el beneficiario tendrá derecho a solicitar a la Isapre la derivación a otro prestador. La derivación sólo tendrá por objeto el otorgamiento de las prestaciones específicas que no pudieron ser brindadas por los prestadores preferentes, las que serán bonificadas de forma equivalente a las condiciones de cobertura en el prestador que dio origen a la derivación.

Los tiempos de espera máximos definidos se considerarán como días corridos desde el día siguiente al que el beneficiario realice el requerimiento respectivo en la Isapre

c. En el evento que un beneficiario requiera atención de urgencia, podrá acercarse a cualquier prestador de su preferencia. Si dicho prestador se encuentra en convenio y definido en el punto (I.1) entonces la cobertura será la definida en el Plan de Salud como preferente. En caso contrario la cobertura será según lo definido como libre elección.

d. La cobertura de traslado médico aplicará si y sólo si, por motivo de urgencia médica, el beneficiario se encuentra hospitalizado en un prestador que no pertenece a la red de prestadores en convenio o red preferente de su Plan de Salud, definidos en el punto (I.1) o en su defecto, por solicitud explícita del médico tratante previa evaluación y autorización por parte de la Isapre. Para ambos casos, es el médico tratante quien debe acreditar la condición del paciente para ser trasladado. La bonificación se efectuará según los topes y porcentajes definidos en el Plan de Salud.

e. El beneficiario tendrá derecho a solicitar una segunda opinión médica, para esto, podrá consultar a cualquier otro médico contemplado dentro de los prestadores en convenio, o en su defecto a cualquier otro médico mediante la modalidad de libre elección.

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 individualizado en el plan.

f. Modificaciones especiales del plan con prestadores preferentes:

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:

  i. 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.
  ii. 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.

g. En el caso de término de la existencia legal de él 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, el beneficiario podrá seleccionar cualquier otro prestador de los prestadores definidos en convenio en la letra (I.1)

h. El 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 al afiliado.

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 anteprecedente 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 aquél. El reajuste y modificaciones antes dichas son independientes de la obligación de la Isapre de otorgar 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.