

CIRCULAR IF/N° 7

SANTIAGO, 1 de julio de 2005

IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LAS NUEVAS CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS QUE INDICA Y COMPLEMENTA LA CIRCULAR N°59 DEL 29 DE FEBRERO DE 2000

INTRODUCCIÓN

El 29 de febrero de 2000, mediante la Circular N°59, la Superintendencia de Isapres impartió instrucciones sobre la incorporación a los contratos de salud previsional del beneficio denominado "Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)", configurado por las Isapres que se individualizan en el mismo instructivo, con el objeto de entregar una cobertura mejorada para problemas de salud de alto costo.

El 18 de mayo de 2005, la Asociación de Isapres de Chile por las Isapres Banmédica S.A, Vida Tres S.A., Consalud S.A., Colmena Golden Cross S.A. e ING Salud S.A., ha presentado a este Organismo un documento que contiene las nuevas "**Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile**", con el propósito de sustituir las condiciones actualmente vigentes e incorporarlas a los nuevos contratos de salud, a contar del 1 de julio de 2005. Posteriormente, con fecha 30 de mayo, 8 de junio y 29 de junio de 2005, se incorporan a esta iniciativa las Isapres Normédica S.A., Fundación de Salud El Teniente y Mas Vida S. A., respectivamente.

Exponen las Instituciones que las condiciones actualmente vigentes para el otorgamiento de este beneficio establecen en su artículo 8°, que se comprometen a mantener esta cobertura adicional en las condiciones definidas, salvo que medie cambio fundamental en las circunstancias y que se entenderá por tal, la modificación en las normas legales referidas a la cotización legal para salud o a las coberturas mínimas obligatorias.

Prosiguen las Instituciones explicando que, a su juicio, con la dictación de la Ley N°19.966 y la promulgación de la modificación a la Ley N°18.933, se cambian los beneficios mínimos que deberán entregar las Isapres, por cuanto deben incorporar en todos los contratos las Garantías Explícitas en Salud (GES) del Régimen General de Garantías en Salud, así como también, otorgar como mínimo la

cobertura financiera FONASA Libre Elección para todas las prestaciones contenidas en los contratos de salud. Todo lo cual deriva en que se ha configurado la hipótesis que las habilita para modificar el mencionado clausulado.

Al respecto, esta Intendencia debe señalar que, efectivamente, el artículo 8° de las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que forman parte integrante de la Circular N°59, del 29 de febrero de 2000 y que se refiere a la “Permanencia de la Cobertura Adicional”, establece que:

“Aun cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el artículo 38° de la Ley N°18.933, la Isapre se compromete a mantener la cobertura adicional para enfermedades catastróficas en los términos definidos en los artículos anteriores, salvo que medie cambio fundamental en las circunstancias. Se entenderá por cambio fundamental en las circunstancias la modificación de las normas legales referidas a la cotización legal para salud o a las coberturas o beneficios mínimos obligatorios”.

Paralelamente, atendido que por la Ley N°19.966 se estableció un Régimen General de Garantías en Salud, que introduce modificaciones al tratamiento de los problemas de salud y a los beneficios mínimos obligatorios, esta Intendencia entiende que se ha configurado con ello una circunstancia que le permite a las Instituciones incorporar cambios a la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, de modo de perfeccionar sus condiciones de otorgamiento, complementar sus estipulaciones, adecuándolas a la nueva realidad que plantea la incorporación de las Garantías Explícitas en Salud.

En virtud de lo anterior y en ejercicio de sus atribuciones, en especial las previstas en el artículo 3 N°s 2 y 9, de la Ley N°18.933, y con el objeto que las Isapres que otorgan la “Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas” y aquéllas que resuelvan otorgarla a futuro, apliquen uniforme y correctamente estas nuevas condiciones, esta Intendencia ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones que vienen a complementar, modificando en los aspectos que se indican, lo establecido en la Circular N°59 del 29 de febrero de 2000:

1.- GENERALIDADES

1.1 Nuevas Condiciones de la Cobertura

Los términos y condiciones para el otorgamiento de la nueva CAEC, a que se refieren y aplican las presentes instrucciones, se encuentran contenidas en el documento denominado “**Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile**”, en adelante, las **Condiciones de Cobertura**, que se han tenido a la vista por esta Superintendencia y reproducido en anexo adjunto, las que forman parte integrante de esta Circular.

1.2 Aplicación de instrucciones

A las **Condiciones de Cobertura**, le serán aplicables las instrucciones de la Circular N°59, del 29 de febrero de 2000, y en especial, las previstas en los puntos 1.2, 2.3, 4, 5, 6, 7 y 8, de la citada circular.

Para estos efectos, las referencias hechas a artículos de las Condiciones de Cobertura que regula la Circular N°59 se aplicarán a las presentes **Condiciones de Cobertura**, conforme a los términos instruidos en el numeral 9 siguiente.

2.- DE LA INCORPORACIÓN DE LA CAEC

2.1 Isapres que tienen incorporada la CAEC en sus contratos

Las Instituciones de Salud Previsional mencionadas en la parte introductoria de la presente circular, deberán informar, mediante carta certificada y en una misma oportunidad o al cumplimiento de la anualidad de cada contrato, según lo establezca la isapre, a todos sus afiliados que tengan incorporada la CAEC, lo siguiente:

- a) La circunstancia que han resuelto modificar el beneficio en virtud de lo dispuesto en el artículo 8° de las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas;
- b) La entrada en vigencia de estas nuevas **Condiciones de Cobertura** y la circunstancia que esta modificación no regirá respecto de los cotizantes que se encuentran en la hipótesis de la disposición transitoria contemplada en el numeral 8 siguiente, en los términos que allí se establece, debiendo adjuntar el documento que contiene las “**Condiciones de la Cobertura**”

Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile”, junto con sus Anexos N°1 y N°2.

2.2 Isapres que no tienen incorporada la CAEC en sus contratos

Las isapres que no tienen incorporada la CAEC en sus contratos y que decidan ofrecerla por primera vez, adhiriéndose a estas nuevas **Condiciones de Cobertura**, deberán seguir las instrucciones de incorporación contenidas en la Circular N°59, salvo en lo que se refiere a la posibilidad de que conjuntamente con la incorporación de la CAEC se adecuen los beneficios del plan complementario, en razón a lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 38, de la Ley N°18.933, que sólo permite adecuar por el precio base del plan de salud.

Dichas isapres deberán informar su decisión de incorporar las **Condiciones de Cobertura** a esta Intendencia, en forma previa a su implementación, entendiéndose por tal, la fecha de envío de las primeras cartas que la ofrezcan. En la misma oportunidad deberán informar la nómina de prestadores institucionales que conformará su Red CAEC, de acuerdo a las especificaciones detalladas en el punto 3 de la presente circular.

3.- INFORME DEL LISTADO DE PRESTADORES

Las Instituciones de Salud Previsional que ya tienen implementada la CAEC, deberán enviar a esta Superintendencia, a más tardar el día 31 de agosto del año en curso, un listado actualizado con la individualización completa del o los prestadores institucionales que conforman su Red (o Redes) Cerrada de Atención Médica -en adelante la “**Red CAEC**”- informando su situación de acreditación o adscripción, de acuerdo con la normativa y programas que se señalan a continuación:

- a) Situación de la Autorización Sanitaria de los prestadores privados;
- b) Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias (PCIIH) del Ministerio de Salud;
- c) Programa de Evaluación Externa de la Calidad de Laboratorios Clínicos (PEEC) del Instituto de Salud Pública;
- d) Cualquier otro programa de evaluación o certificación de calidad al que se encuentren adscritos.

Asimismo, la isapre deberá enviar una nómina de todos los prestadores individuales, incluyendo a los que integran los prestadores institucionales antes mencionados, agrupados según las especialidades médicas correspondientes, indicando, respecto de cada uno de ellos, si dicha especialidad se encuentra certificada de acuerdo con lo dispuesto en el

programa de certificación de especialidades médicas, otorgada por las Facultades de Medicina de las Universidades Chilenas adscritas a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH; por facultades de medicina no adscritas a ese organismo o por la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, CONACEM.

La información referida a la situación de acreditación y adscripción de los prestadores institucionales, deberá ser enviada en los términos que se solicitan en los cuadros correspondientes, contenidos en el anexo denominado “**Informe de Prestadores**” y será actualizada anualmente por parte de las isapres, para aquellos prestadores que se mantienen en la Red. Por lo tanto, como la primera solicitud se efectúa al 31 de agosto de 2005, el citado informe deberá ser remitido el último día hábil del mes de agosto de cada año.

Por su parte, respecto de los prestadores individuales, también deberán ajustarse a los términos instruidos en el cuadro correspondiente del anexo “**Informe de Prestadores**” y su envío deberá efectuarse el último día hábil del mes de enero de cada año, siendo su primer envío al 31 de enero de 2006.

En relación con la información referida al reemplazo de prestadores, ésta deberá remitirse conforme a las instrucciones del aludido anexo, según corresponda, cada vez que se notifique a esta Superintendencia tal circunstancia.

4.- NORMAS COMPLEMENTARIAS DE LAS CONDICIONES DE COBERTURA

4.1 Definición de la Red

Cada vez que las **Condiciones de Cobertura** se refieren a la Red CAEC debe entenderse que aluden al conjunto de prestadores que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), según lo dispuesto en el artículo I de las **Condiciones de Cobertura**.

Por su parte, cuando se refieren a la Red GES, debe entenderse que se trata del conjunto de prestadores, que la isapre fija y pone a disposición de los beneficiarios, con el propósito de otorgar una solución a los problemas de salud contemplados en las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Finalmente, en el caso del artículo II de las **Condiciones de Cobertura**, la referencia a la Red GES-CAEC, corresponde a la Red

GES, cuando se aplica a la cobertura especial catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, definida en dicho artículo.

4.2 Complementariedad GES-CAEC

4.2.1. Respecto de la cobertura especial GES-CAEC, contemplada en el artículo II de las **Condiciones de Cobertura**, las isapres deberán velar porque los prestadores que otorgan las prestaciones para los problemas de salud GES, se ajusten y den cumplimiento a los protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud incluidos en la solución de dichos problemas.

4.2.2. Para los efectos de la aplicación de esta cobertura especial GES-CAEC, deberá considerarse lo siguiente:

- a) Los copagos financiados y pagados por el beneficiario con ocasión de prestaciones cubiertas por las GES, se contabilizarán en el cálculo del deducible de la GES-CAEC que corresponda.
- b) La cobertura GES-CAEC se aplica para las prestaciones que están consideradas en los protocolos del Ministerio de Salud (Minsal), contempladas en el arancel del plan complementario y que no estén contenidas en el listado específico de cada problema de salud garantizado.
- c) La cobertura del plan complementario se aplicará para las prestaciones otorgadas a problemas de salud acogidos a la cobertura GES-CAEC que no se encuentran en los listados específicos de prestaciones GES ni en los protocolos del Minsal, según corresponda.

4.2.3. En el evento que la Red GES-CAEC sea distinta a la Red CAEC, la isapre deberá adoptar todas las medidas conducentes a comunicar y trasladar oportunamente al paciente, garantizando la continuidad del beneficio.

4.3 De las Atenciones de Urgencia

4.3.1. Se entenderá que las atenciones de urgencia a las que se refieren las **Condiciones de Cobertura**, en el punto 4 del artículo I, están referidas a aquellas condiciones de salud que impliquen urgencia vital o secuela funcional grave, que requiera hospitalización inmediata e impostergable.

El tratamiento para las atenciones de urgencia difiere, según se trate de prestaciones otorgadas fuera o dentro de la Red.

4.3.2. En caso que la atención se realice fuera de la Red, deberá cumplirse con las condiciones que se fijan en el punto 4.1 de la **Condiciones de Cobertura**, siendo de cargo de la presente cobertura el traslado a un prestador que será designado especialmente para tal efecto.

En el evento que la isapre incumpla el plazo para efectuar la derivación, los copagos originados en la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave se computarán para el cálculo del deducible, desde el ingreso del paciente en el prestador ajeno a la Red.

4.3.3. Por su parte, cuando se trate de una atención realizada dentro de la Red, el beneficiario o su representante deberá dar el aviso con 48 horas contadas desde el ingreso a la misma para que la isapre administre el caso, efectuándose la derivación al tipo de habitación definido por la institución.

La condición que se establece para que opere el beneficio desde el ingreso a la Red -en cuanto a la permanencia durante toda su estadía en el tipo de habitación indicado por la isapre- será exigible sólo desde el momento en que la isapre definió el tipo de habitación a utilizar por el paciente.

Esta cobertura dentro de la Red regirá también, cuando se verifique el impedimento de dar el aviso por razones que no son imputables al beneficiario.

4.4 Del término de la CAEC

Para ejercer la facultad prevista en la letra a), numerando 7 de las **Condiciones de Cobertura**, que permite poner término a la Cobertura derivada del vencimiento del período anual, la isapre deberá comunicar al beneficiario el término del período con una antelación de, a lo menos, 30 días.

El incumplimiento o cumplimiento inoportuno de esta obligación, importará la renovación automática del beneficio, a contar del día siguiente del vencimiento del plazo anual, fecha a partir de la cual se iniciará el cómputo del deducible.

5.- DE LA MODIFICACIÓN DE LA CIRCULAR N° 59

Sustitúyese el punto 3 de la Circular N°59 por el siguiente:

“3.- Procedimiento de Reemplazo de los Prestadores de la Red

La isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello previamente a la Superintendencia de Salud, con 30 días de antelación a su incorporación formal a dicha Red, debiendo además informar su situación de acreditación o adscripción, de acuerdo con los programas que se señalan en el punto 3 de la presente circular. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

La Red CAEC actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la Isapre. La información respecto de los prestadores institucionales, deberá contemplar como mínimo, el nombre del prestador, la dirección, ciudad donde se ubica, teléfono, especialidad, tipo de habitación y tiempos de espera. Respecto de estos últimos, las isapres deberán velar por su cumplimiento, de acuerdo a lo consignado en el listado de prestadores.

Asimismo, cada vez que se produzca el reemplazo de un prestador institucional de la Red CAEC, esta información deberá registrarse en forma destacada en el listado de prestadores a que se refiere el párrafo anterior.

Frente a cualquier cambio que se produzca en los prestadores, nunca podrán verse afectados los tratamientos en curso que tengan los beneficiarios, de modo que ante dicha circunstancia, la isapre deberá adoptar las medidas tendientes a permitir la continuidad en el otorgamiento de las prestaciones.”

6.- FISCALIZACIÓN

Esta Superintendencia velará por el cumplimiento de las presentes instrucciones, en ejercicio de las facultades contenidas en la Ley N°18.933 y la Ley N°19.937 e impartirá las reglas que permitan la mayor claridad de las estipulaciones comprendidas en el documento que contienen las **Condiciones de Cobertura**.

7.- DIFUSIÓN

Las isapres deberán tener a disposición de sus afiliados, para conocimiento y consulta, en sus oficinas de atención de público y a través de su página Web, información general acerca de la modalidad de acceso, deberes y derechos respecto de la CAEC. Esta información contemplará como mínimo lo siguiente:

- a) Aviso inmediato en caso de urgencia fuera de la Red;
- b) Aviso de 48 horas en caso de urgencia dentro de la Red;
- c) Obligación de utilizar tipo de habitación especificado por la isapre;
- d) Descripción del procedimiento de acceso a la red (uso de formularios), etc.;
- e) Otros plazos que debe cumplir el beneficiario o representante para acceder a la CAEC.

Asimismo, las isapres que dispongan de una página Web, deberán tener disponible el formulario N°1 "Solicitud de incorporación a la Red Cerrada de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas CAEC y GES-CAEC" para su impresión y posterior presentación en la isapre.

8.- DISPOSICIONES TRANSITORIAS

- 8.1** Los afiliados o beneficiarios de las isapres que incluyan estas nuevas Condiciones de Cobertura y que, al momento del inicio de vigencia de las mismas, se encuentren haciendo uso del beneficio, ya sea en proceso de acumulación del deducible como en la ejecución del beneficio propiamente tal, continuarán rigiéndose por el beneficio vigente hasta el cumplimiento de su periodo bienal y, en adelante, regirán las Condiciones de Cobertura que forman parte de la presente circular. Así por ejemplo, si a un afiliado le reemplazan las condiciones del beneficio con inicio de vigencia a partir de julio de 2005, pero comenzó a computar su deducible en el mes de junio de 2005, regirá la Cobertura contemplada en la Circular N°59, la que se mantendrá hasta el cumplimiento del periodo bienal, es decir, hasta mayo del 2007.

8.2 De la vigencia especial del período de acumulación del deducible para pacientes crónicos

Tratándose de pacientes con tratamientos de enfermedades crónicas en curso y acogidos a la CAEC, se mantendrá el período bienal de acumulación del deducible hasta que concluya el tratamiento de que se trate, con el alta del paciente.

No obstante lo anterior, en caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el cálculo del deducible, su monto y límites, se sujetará a las reglas previstas en el numerando 2 del artículo I de las **Condiciones de Cobertura**.

Esta vigencia especial para el período de acumulación del deducible sólo regirá para los pacientes señalados en el párrafo anteprecedente, sin que pueda extenderse a otras personas del contrato de salud respectivo, ya sea que se trate del titular u otro familiar beneficiario.

9.- REFERENCIA DE LOS ARTÍCULOS DE LA CIRCULAR N°59/2000 A LAS NUEVAS CONDICIONES DE COBERTURA

De acuerdo con lo establecido en el segundo párrafo del numerando 1.2 de la presente circular, a continuación se precisan los artículos a los cuales se refieren los puntos de la Circular N°59 y que se deben entender asociados a las nuevas **Condiciones de Cobertura**:

- a) Punto 1.2: la mención del artículo 6° ha de entenderse referida al artículo III: De la Permanencia de las Coberturas Adicionales.
- b) Punto 2.3: no hay cita de artículos relacionados con las **Condiciones de Cobertura**, sólo normativa referida al proceso de adecuación de los planes individuales y modificación de planes grupales; respecto de lo primero deberá considerarse la salvedad indicada en el primer párrafo del numerando 2.2 de la presente circular, en orden a que no procede la adecuación por beneficios.
- c) Punto 7:
 - c.1) Primer párrafo del punto 7.1, la mención del artículo 2°, letra e) y Anexo N°1, han de entenderse referidos al numerando 1, letra e) del artículo I y Anexo N°2, respectivamente.

c.2) Segundo párrafo del punto 7.1, la mención del artículo 2° letra f); Anexo N°1 y artículo 6°, han de entenderse referidos al numerando 2 del artículo I, Anexo N°2 y numerando 8 del artículo I.

d) Punto 8: la mención del artículo 4° ha de entenderse referida al numerando 6 del artículo I.

10.- VIGENCIA

Las disposiciones de esta Circular entrarán en vigencia a contar de la presente fecha.

**RAÚL FERRADA CARRASCO
INTENDENTE DE FONDOS Y SEGUROS
PREVISIONALES DE SALUD**

UNA/FRV/AMV/AMAW

Distribución:

- Srs. Gerentes Generales de Isapres
- Sr. Superintendente de Salud
- Fiscalía
- Intendencia de Fondos y Seguros
- Intendencia de Prestadores
- Depto. de Estudios
- Depto. de Control Financiero y Garantías en Salud
- Depto. de Administración y Finanzas
- Subdepto. de Regulación
- Agencias Regionales
- Oficina de Partes

ANEXO

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE

Por el presente acto e instrumento, el afiliado que suscribe, por sí y en representación de sus beneficiarios, los que se individualizan en el Formulario Único de Notificación (FUN) del contrato de salud previsual suscrito con la Isapre, pacta con ésta la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante CAEC, y la cobertura especial GES-CAEC, que se detallan a continuación:

El Anexo N° 1, que se refiere a la petición del beneficio y derivación a la Red CAEC (procedimiento y formularios 1 y 2) y el Anexo N°2, relativo a los requisitos para acceder al financiamiento del deducible por la isapre, se adjuntan a las presentes condiciones generales. Los restantes anexos mencionados en este instrumento se encuentran a disposición del afiliado y beneficiarios en todas las Agencias de la Isapre.

ARTICULO I: COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS, CAEC

Este beneficio tiene por finalidad aumentar la cobertura que otorga al afiliado y sus beneficiarios su Plan Complementario de Salud, en el ámbito de las prestaciones hospitalarias, así como en el de las ambulatorias que expresamente se indican en el presente instrumento, que sean otorgadas dentro del territorio nacional. Respecto de aquellas enfermedades, diagnósticos, condiciones de salud y tratamientos que estén comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, regirá lo dispuesto en el Artículo II de estas mismas Condiciones.

Para el otorgamiento de la CAEC, la Isapre pone a disposición de los beneficiarios un sistema conformado por una Red Cerrada de Atención y modalidad de atención médica cerrada, en adelante la "RED CAEC", que tiene como finalidad prestar atención de salud a dichas personas ante la eventualidad de presentar alguna de las enfermedades catastróficas cubiertas por el presente beneficio adicional. Para acceder a la Red CAEC, el beneficiario deberá solicitar previa y expresamente a la Isapre su ingreso y ésta efectuará la derivación al prestador médico y/o institucional correspondiente, de acuerdo con lo indicado en el anexo N°1 de las presentes Condiciones (Formularios 1 y 2).

Por regla general, este beneficio no aumenta la cobertura de las prestaciones ambulatorias, salvo aquéllas que expresa y explícitamente se indican y regulan en este instrumento. Las prestaciones ambulatorias, excepcionalmente cubiertas por este beneficio adicional, son las siguientes:

- a) las drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes,
- b) radioterapia,
- c) drogas citotóxicas aplicadas en ciclos de quimioterapia para el tratamiento del cáncer, y

- d) los medicamentos definidos como coadyuvantes o biomoduladores que se usan antes, durante o después de los ciclos de quimioterapia que estén considerados en los programas del ministerio de salud.

1.- DEFINICIÓN DE CONCEPTOS Y COBERTURAS

a) RED CAEC: Conjunto de prestadores de salud, individuales e institucionales, y tipo de habitación que la conforman.

La Isapre derivará a cualquiera de los prestadores de la Red CAEC y, dentro de ésta, al o a los médicos que expresamente le indique al beneficiario. Los establecimientos de la Red deberán estar ubicados en el territorio nacional y cumplir con los requisitos establecidos en el Decreto N°161 (Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas) del Código Sanitario, y las normas sobre acreditación hospitalarias vigentes.

La Isapre podrá reemplazar cualquiera de los prestadores de la Red CAEC, informando de ello, previamente a la Superintendencia de Salud con 30 días de antelación a su incorporación formal a la Red CAEC, remitiéndole la información de capacidad de camas, pabellones quirúrgicos y especialidades del prestador. En todo caso, el prestador que se incorpore a la Red CAEC deberá mantener las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica del prestador reemplazado.

La Red actualizada -esto es, los prestadores individuales e institucionales y, dentro de estos últimos, los prestadores individuales que forman parte del convenio- deberá estar permanentemente a disposición de los afiliados y beneficiarios en la página web y en las agencias de la Isapre. Es responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que conforman la RED y las condiciones de acceso a ella.

b) COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible, calculado de acuerdo a lo establecido en la letra e) del presente artículo, sin perjuicio de las exclusiones señaladas en el Artículo I número 6, del presente instrumento.

c) COPAGO: Es la diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario y la bonificación efectiva que otorga dicho plan. Los pagos efectuados por los beneficiarios, por prestaciones y servicios no cubiertos por el plan complementario y pagos efectuados fuera de la RED, no se considerarán como copagos para efectos de la presente cobertura.

d) ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todo diagnóstico, enfermedad o patología que cumpla con lo indicado en este artículo y que represente para el beneficiario copagos superiores al deducible establecido en la letra e) de este numerando 1 y en los números 2 y 3 del presente artículo y esté excluida en el numerando 6 de este artículo.

Se entenderá por diagnósticos aquellos indicados en el decreto que establezca la GES, esto sólo aplicable para efectos de GES-CAEC y por la Organización Mundial Salud en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o la vigente a la época de la prestación.

e) DEDUCIBLE: Se define como deducible a la suma de los copagos correspondientes a un mismo diagnóstico, que habrán de ser acumulados para tener derecho a esta cobertura adicional para enfermedades catastróficas y que, en consecuencia, no son de cargo de este beneficio. Para efectos del cómputo del deducible, no se contabilizarán los copagos que tengan su origen en prestaciones no cubiertas por este beneficio o que estando cubiertas se hayan otorgado fuera de la RED.

2.- MONTO, ACUMULACIÓN Y DURACIÓN DEL DEDUCIBLE

El deducible es el equivalente a la cantidad de treinta veces la cotización pactada en el plan de salud, por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 126 UF, para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.

El deducible es anual, esto es, se acumula durante un año contabilizado desde la fecha en que el beneficiario entere el copago por la primera prestación que tenga su origen en una enfermedad catastrófica en los términos establecidos en el número 3 del presente artículo. Al cabo de un año de esa fecha, se reiniciará el cómputo del deducible por otro año y así sucesivamente.

Los copagos a contabilizar en el deducible son sólo aquellos que tienen su origen en un gasto incurrido en la Red CAEC, salvo lo indicado en el número 4, por una misma enfermedad catastrófica y sus complicaciones.

El deducible no se podrá conformar con copagos efectuados por hospitalizaciones derivadas de enfermedades que no revistan el carácter de catastrófica, en los términos de esta cobertura adicional ni por la acumulación de copagos correspondientes a más de un beneficiario o que fueran atendidas fuera de la Red.

En caso que la cobertura adicional para enfermedades catastróficas sea utilizada por más de un beneficiario del contrato de salud, o en más de una enfermedad catastrófica para un mismo beneficiario, el deducible total será de 43 cotizaciones pactadas por cada período anual, el que no podrá exceder de 181 unidades de fomento. Una vez completado dicho deducible total, y en la eventualidad de producirse una tercera enfermedad catastrófica durante ese período anual, en que ya se han acumulado y pagado, ya sea directamente o financiado en conformidad a las reglas establecidas en el presente instrumento, un equivalente a 43 cotizaciones, con un mínimo de 60 UF y un máximo de 181 UF, no será necesario completar uno nuevo, hasta el próximo período anual, entendiéndose por tal aquél que se inicia con el copago de la primera prestación del beneficio.

3.- CÁLCULO DEL DEDUCIBLE

El deducible se determinará multiplicando por 30 el monto de la cotización vigente. Para efectos del cálculo del deducible se entenderá que la Unidad de Fomento a utilizar, será el valor que esta unidad tenga al último día del mes anterior a aquél en que se efectúe la prestación que da origen al copago correspondiente.

La determinación de la cotización vigente se realizará de acuerdo a las siguientes reglas, según corresponda:

a) PLANES INDIVIDUALES PACTADOS EN UNIDADES MONETARIAS: La cotización vigente corresponderá a la cotización total pactada de acuerdo al plan complementario vigente.

b) PLANES INDIVIDUALES Y GRUPALES PACTADOS EN EL PORCENTAJE DE LA COTIZACIÓN LEGAL: Tratándose de planes de salud pactados en el porcentaje de cotización legal y sólo para efectos de cálculo, la cotización vigente será determinada en base al promedio de las cotizaciones declaradas o pagadas en los últimos 6 meses y/o las equivalentes en el caso de pago de subsidio por incapacidad laboral. Dicho promedio debe calcularse retroactivamente a partir de la cotización declarada o pagada del mes inmediatamente anterior a la solicitud del presente beneficio.

Si en el referido período, se registraran menos de seis cotizaciones declaradas o pagadas, la cotización vigente se determinará en base al promedio del número de meses que registren información.

En el caso de no existir información dentro del aludido período de 6 meses, se considerará el 7% aplicado al último dato de la renta imponible que haya sido declarada o pagada.

c) PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS, GRUPALES O MATRIMONIALES: Para efectos de determinar la cotización vigente a utilizar para la definición del deducible, se calculará el monto en función del precio base del plan complementario contratado y los factores de riesgo de los beneficiarios vigentes, de acuerdo al procedimiento aplicado para la determinación de la cotización para un plan de salud individual.

4.- ATENCIONES DE URGENCIA

4.1.- Tratándose de una hospitalización, que requiera atención inmediata e impostergable en un prestador ajeno a la RED CAEC, el otorgamiento de este beneficio adicional estará supeditado al cumplimiento en forma copulativa a las siguientes condiciones:

- a) El beneficiario o su representante deberá solicitar el ingreso a la RED CAEC a la Isapre y
- b) El médico tratante deberá autorizar el traslado y

- c) La Isapre deberá derivar al paciente a un prestador de la RED CAEC, para lo cual dispondrá de un plazo de dos días hábiles contados desde la formulación de la solicitud respectiva; y
- d) El paciente debe ingresar al establecimiento de la RED CAEC que corresponda, bajo las condiciones indicadas en la derivación.

En tanto no se cumplan las condiciones señaladas precedentemente, el paciente gozará sólo de los beneficios de su plan complementario de salud, sin perjuicio de los derechos y beneficios respecto a las urgencias vitales o con secuela funcional grave que contempla la Ley 18.933 en su artículo 22.

Sólo en caso de urgencia con riesgo vital o de secuela funcional grave, el traslado del paciente será parte de la presente cobertura según las condiciones anteriormente señaladas y será la Isapre la que designará el prestador de la Red que realizará el traslado.

Una vez cumplidas las condiciones señaladas y desde la fecha en que el paciente ingrese al prestador de la Red CAEC, en el tipo de habitación definida por la Isapre, se iniciará la cobertura y el cómputo del deducible. Solo en este caso los copagos derivados de la atención de urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, en el prestador ajeno a la Red CAEC, se computarán para el cálculo del deducible de este beneficio.

4.2.- Tratándose de una hospitalización en un prestador de la RED CAEC originada por una urgencia con riesgo vital o secuela funcional grave, el beneficiario o su representante deberá dar aviso a la Isapre dentro de las primeras 48 horas contadas desde el ingreso al centro asistencial, con el objeto que la Institución pueda administrar el caso y controlar que las condiciones de atención del paciente en el prestador, se ajusten a los términos pactados para el otorgamiento de esta cobertura.

Practicado el aviso, el beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, siempre y cuando durante toda su estadía, el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación a la que fue derivado por la Isapre para esta cobertura salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún período, tales como, habitación de Cuidados Intensivos o Intermedios. En caso contrario, y no obstante que el establecimiento pertenezca a la Red CAEC, no operará esta cobertura. Excepcionalmente, en el evento que no se haya podido efectuar el aviso por razones no imputables al beneficiario o su representante, el beneficio adicional operará desde el ingreso a la Red, y siempre y cuando durante toda su estadía el paciente se haya mantenido en el tipo de habitación contemplada por la Isapre para esta cobertura, salvo que por su condición de salud haya requerido una habitación diferente en algún periodo, tales como, habitación de Cuidados Intensivos o Intermedios.

5.- CONDICIONES DE ACCESO A LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.

El beneficiario o quien actúe en su representación en caso de menores de edad o de pacientes impedidos de efectuar el procedimiento por sí mismos, deberá solicitar el ingreso a la Red de atención médica, a partir del momento en que presuma que la enfermedad que se le ha diagnosticado puede transformarse en una enfermedad catastrófica, para lo cual deberá solicitar a la Isapre la designación y derivación al prestador correspondiente, lo anterior de acuerdo a lo descrito en el Anexo N°1.

Una vez solicitada la derivación por parte del beneficiario o su representante, la Isapre dispondrá de 2 días hábiles y 3 días hábiles según se trate de pacientes hospitalizados o no, respectivamente, para designar el prestador.

En el caso del paciente hospitalizado, el beneficiario o representante deberá contar con la autorización del médico tratante para su traslado. De no contarse con la autorización para el traslado por parte del médico tratante, no podrá gozar de los beneficios de esta cobertura.

Sólo desde el momento en que el beneficiario haya sido derivado a la Red, aceptado las condiciones de derivación y haya ingresado, comenzará el cómputo de los copagos para acumular el deducible. Una vez pagado el deducible correspondiente, de acuerdo a las normas que establece el presente instrumento, comenzará a operar la cobertura adicional pactada para enfermedades Catastróficas.

Cualquiera sea la enfermedad catastrófica, el beneficiario nunca verá alterada la cobertura de este beneficio adicional por no existir capacidad suficiente de atención, en el prestador que la Isapre ha designado para su tratamiento. En tal situación, el beneficiario o su representante, deberá informar a la Isapre, la cual se encargará de derivar al paciente a otro prestador de características similares al primero, ubicado en el territorio nacional, debiendo mantenerse las condiciones de calidad médica e idoneidad técnica de éste. No se entenderá por insuficiencia en la Red, la imposibilidad de realizar el tratamiento por parte de cualquier prestador ubicados en el territorio nacional.

Asimismo, transcurridos más de seis meses desde la última fecha de derivación, la Isapre tendrá la facultad de cambiar al prestador, dándole aviso oportuno al afiliado, invocando para ello modificaciones de la Red.

6.- PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Las siguientes prestaciones se excluyen de esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiendo por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades catastróficas no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f para el caso de enfermedades preexistentes declaradas y en el artículo 33 bis respecto de las patologías preexistentes no declaradas, ambos de la ley 18.933 de Isapre.

7.- DEL TÉRMINO DE LA COBERTURA ADICIONAL RESPECTO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

La cobertura adicional para una determinada enfermedad catastrófica termina:

- a) Cuando el beneficiario complete el período anual, contabilizado desde el momento en que se empieza a acumular el deducible, esto es, desde el primer copago, la Institución deberá comunicar por correo certificado tal circunstancia. En tal caso, el beneficiario podrá solicitar la renovación del beneficio dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de envío de dicha comunicación y la Isapre evaluará, dentro del plazo de dos días hábiles, contado desde la solicitud, si corresponde o no modificar alguna circunstancia específica, como por ejemplo, el prestador designado. Una vez emitido el pronunciamiento de la Isapre y aceptada la derivación y sus condiciones dentro de los siguientes 5 días hábiles, se comenzará a acumular el deducible, el que, considerará los copagos generados durante el proceso de renovación. En caso de no observarse estos plazos por el beneficiario, no habrá lugar a la acumulación de deducible durante ese período.
- b) Cuando un médico de la Red otorga la orden de alta médica al paciente. En caso de existir complicaciones posteriores derivadas de la patología tratada como catastrófica, el beneficiario podrá reincorporarse nuevamente a la Red en las mismas condiciones originales, dentro del mismo período anual.
- c) Cuando el beneficiario decida voluntariamente retirarse del sistema de la Red.
- d) Cuando el beneficiario no cumpla la prescripción médica indicada por los prestadores de la Red.
- e) Cuando el contrato de salud previsional termine por cualquier causa.

8.- PAGO DEL DEDUCIBLE

El deducible que se menciona en la letra e) del número 1 de este artículo, será siempre de cargo del afiliado. Por lo tanto, éste será responsable de efectuar el pago del mismo en forma directa al prestador -médico o institucional-correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado podrá recurrir a la Isapre, previo cumplimiento de los requisitos a que se alude en el Anexo N°2, o a un tercero tales como Cajas de Compensación, Bancos e Instituciones Financieras, a fin de obtener el financiamiento del monto a pagar por concepto del deducible.

La Isapre no se podrá negar a otorgar el financiamiento solicitado si el afiliado cumple los requisitos indicados en el Anexo referido. En todo caso, para que la Isapre financie el deducible que debe pagar el afiliado, éste deberá suscribir, previamente, un pagaré (Anexo N°4) a favor de la Isapre y un mandato (Anexo N°3) que faculte a esta última a completar dicho documento por el saldo adeudado, a fin de garantizar el reembolso íntegro de dicho financiamiento.

Para los efectos del pago del crédito otorgado, las partes suscribirán un convenio (Anexo N°5) en el cual se convendrán las condiciones de otorgamiento y en el que el afiliado se comprometa a reembolsar a la Isapre el monto financiado por ésta, ya sea mediante pago contado, o el uso del saldo acumulado en su cuenta corriente de excedentes de cotización o a cuenta de sus excesos, descuento en cuotas por planilla de su remuneración o pensión mensual (Anexo N°6), descuento en cuotas de su cuenta corriente bancaria o tarjeta de crédito (Anexo N°7) o bien mediante cualquier otro medio de pago que consienta la Isapre.

Para el caso que el afiliado se negare a suscribir un convenio de pago, o si habiéndose suscrito dicho convenio, la Isapre no hubiere percibido pago durante dos meses consecutivos o tres meses en forma alternada, por causa imputable al cotizante, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del crédito, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo mediante la ejecución del pagaré mencionado.

9.- DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA

Se otorgará la cobertura del beneficio descrito en este documento, cuando el diagnóstico corresponda a obesidad mórbida y en caso de un tratamiento quirúrgico excepto instalación de balón intragástrico, si se cumplen todos los requisitos descritos a continuación:

1. El beneficiario debe tener en la Isapre una vigencia superior a 18 meses.
2. El beneficiario deberá registrar un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 40.
3. Certificar el haber fracasado en un tratamiento médico de la obesidad ejecutado por equipo multidisciplinario por lo menos un año.
4. Contar con una autorización dado por un psiquiatra designado por la Isapre que no contraindique este tipo de cirugía.
5. Sólo si la cirugía se realiza en el establecimiento hospitalario que la ISAPRE determine en la RED.

10.- DE LA HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CAEC

Esta cobertura procederá respecto de la Hospitalización Domiciliaria, previa solicitud a la Isapre y derivación por parte de ésta a un prestador designado por ella. Para este efecto debe dar cumplimiento a todas las siguientes condiciones:

- Se debe tratar de un paciente que este hospitalizado, sometido a un tratamiento que requiera presencia del médico tratante.
- El médico tratante debe ser distinto del médico supervisor de la empresa que da el servicio de hospitalización domiciliaria.
- Debe tratarse de pacientes sin Alta, sólo se trata de traslado desde un prestador de la Red, con continuidad de prestaciones como una sustitución de una hospitalización de nivel intermedio y/o intensivo y que la

hospitalización no se justifique exclusivamente por la administración de medicamentos.

- Debe tratarse de patologías que justifiquen la hospitalización domiciliaria.
- La indicación de la hospitalización domiciliaria y su duración debe ser efectuada por el médico tratante. La Isapre derivará a un servicio de hospitalización domiciliaria señalando la duración de la misma, y considerando para ello la indicación del médico tratante de la RED.
- La empresa que preste el servicio de hospitalización domiciliaria, deberá estar acreditada y cumplir con las disposiciones legales y reglamentarias de orden sanitario que sean pertinentes, además de contar con dirección médica responsable y llevar ficha clínica del paciente.
- La Isapre está facultada para evaluar periódicamente el cumplimiento de las condiciones que ameritan la Hospitalización Domiciliaria, para efectos de reintegro al hospital, Alta o su término por no revestir ya las condiciones que requiere la Hospitalización Domiciliaria señaladas precedentemente.
- Se excluyen los tratamientos de enfermedades crónicas y tratamientos de antibióticos.

11.- DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ADICIONAL

La presente cobertura adicional reemplaza en todas sus partes las condiciones de este beneficio contempladas en la Circular N°59 del año 2000, de la Superintendencia de Isapres.

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas – CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud, en su caso.

Excepcionalmente, el beneficiario que al 30 de Junio de 2005, se encuentre acumulando el deducible o gozando del beneficio contemplado en la cobertura contenida en la Circular N°. 59 citada, la mantendrá hasta el cumplimiento de su período bienal y en adelante registrará la cobertura establecida en este documento.

ARTICULO II: COBERTURA ESPECIAL CATASTRÓFICA PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD, GES-CAEC

Las Garantías Explícitas en Salud – GES, contemplan un listado específico de prestaciones taxativo para cada problema de salud, condiciones y diagnósticos comprendidos en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que estará a disposición del afiliado cuando éste los requiera. La garantía de cobertura financiera expresamente señalada en la ley 19.966 y sus reglamentos correspondientes, rige sólo para el listado antes referido.

La cobertura especial GES-CAEC se aplica sólo para las prestaciones no contenidas en el listado antes referido, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

Tratándose de Problemas de Salud contemplados en dicha GES, el beneficiario podrá optar por atenderse bajo las condiciones de la GES o de su Plan Complementario de salud, según se indica a continuación:

1) Si opta por la atención en la GES

a) Cobertura

Si opta por la atención según las Garantías Explícitas en Salud – GES podrá acceder además a esta cobertura especial para aquellas prestaciones no cubiertas por la GES, incluidas en la solución del problema de salud según protocolos médicos definidos y publicados por el Ministerio de Salud y que cuentan con la cobertura del plan complementario de salud. Estos protocolos serán puestos a disposición del afiliado cuando este lo requiera. La Isapre integrará en sus convenios con los prestadores de la Red dichos protocolos. En todo caso, respecto de las prestaciones no ajustadas a protocolo, la Isapre otorgará sólo la cobertura prevista para ellas en el plan complementario pactado.

Esta cobertura especial de enfermedades catastróficas denominada GES-CAEC, rige con las mismas condiciones definidas para la CAEC, en lo que corresponda, y que se establecen en el Artículo I de este documento salvo lo siguiente:

- i) Toda referencia a enfermedad catastrófica, debe entenderse referida a los diagnósticos comprendidos en la GES.
- ii) Toda referencia a Red CAEC debe entenderse referida a Red GES-CAEC.
- iii) Las condiciones de acceso a este beneficio se establecen a continuación en la letra b).
- iv) Se abonará para la acumulación del deducible de la Cobertura Especial para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario.
- v) La atención debe haberse iniciado en la cobertura GES.

b) Condiciones de acceso al beneficio GES-CAEC

El beneficiario podrá acceder a la cobertura especial catastrófica GES-CAEC para aquellas condiciones de salud y enfermedades GES, de acuerdo a lo siguiente:

- i) Estar utilizando la modalidad de atención GES en la Isapre.
- ii) Las prestaciones GES-CAEC se entregarán a través de una red GES, conforme a lo señalado en la ley 19.966, Red que puede ser distinta a la de la CAEC;

- iii) Las prestaciones cubiertas por este beneficio son aquellas que aparecen en los protocolos referenciales del Ministerio de salud y forman parte de los aranceles de la Isapre;
- iv) Haber cumplido con el procedimiento de ingreso a la Red GES de acuerdo a los procedimientos y condiciones estipulados por la Isapre.

2) Si no opta por la atención en la GES

Sólo tendrá la cobertura de su Plan Complementario, quedando excluido de las coberturas adicional y especial definidas en los Artículos I y II de este documento.

3) Vigencia inicial de la cobertura adicional GES-CAEC

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a esta Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud, GES-CAEC, a contar del 1 de julio de 2005 o desde el primer día del mes subsiguiente a la fecha de suscripción del contrato de salud o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

ARTÍCULO III: DE LA PERMANENCIA DE LAS COBERTURAS ADICIONALES

Aun cuando cualquiera de los documentos integrantes del contrato de salud se modifique a futuro por mutuo acuerdo de las partes o mediante la facultad de revisión de los mismos que regula el artículo 38° de la Ley N°18.933, la Isapre se compromete a mantener las coberturas adicionales indicadas en los Artículos I y II en los términos definidos, salvo que medie cambio en las normativas referidas a los beneficios mínimos legales, cambios en la cotización legal de salud, o cambios en el régimen de garantías en salud y las garantías explícitas en salud.

ARTÍCULO IV: FISCALIZACIÓN Y ARBITRAJE

La Cobertura adicional para Enfermedades de Catastrófica CAEC y la Cobertura Especial Catastrófica para las Garantías Explícitas en Salud GES-CAEC quedan sometidas a las mismas normas de fiscalización y arbitraje que se establecen en la Ley N°18.933 y la ley N° 19.937.-

(FIRMA SOLO PARA VENTA)

NOMBRE RUT AFILIADO Y FIRMA

FIRMA HABILITADO ISAPRE

LISTADO DE ANEXOS

N°1: PETICIÓN DEL BENEFICIO Y DERIVACIÓN A LA RED

N°2: REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE

N°3: MANDATO

N°4: PAGARÉ

N°5: CONVENIO DE PAGO

N°6: AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO

N°7: MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO

ANEXO N°1

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR EL INGRESO A LA RED CERRADA DE ATENCIÓN

- 1.- El afiliado o quien lo represente deberá concurrir a la Isapre.
- 2.- Deberá llenar y firmar el formulario N°1 (incluido en este anexo, el cual será elaborado por cada Isapre y contendrá como mínimo los antecedentes del formulario N°1 propuesto.) denominado SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA DE COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC). Y GES-CAEC
- 3.- Desde el momento que la Isapre recibe la solicitud, tendrá dos y tres días hábiles, según se trate de pacientes que se encuentren hospitalizados o aquellos que requieran atenciones programadas respectivamente, para definir si rechaza o acepta la solicitud, y en este último caso designar el prestador de la Red.

La Isapre pondrá a disposición del afiliado o su representante la derivación respectiva (Formulario N°2) en el lugar donde fue solicitado el beneficio, en los plazos establecidos en el punto 3.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación estampando su firma en el Formulario 2. En consecuencia, ante la ausencia de dicha firma, se considerará rechazada la derivación, situación que será informada por carta certificada al Afiliado pasados 10 días hábiles contados desde los plazos establecidos en el punto 3.

FORMULARIO N° 1

Logo Isapre

N° Solicitud: _____

**SOLICITUD DE INCORPORACION A LA RED CERRADA
DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTROFICAS
CAEC Y GES-CAEC**

Antecedentes Afiliado o Beneficiario

Nombre del Afiliado	_____	RUT del Afiliado:	_____
Nombre del Paciente	_____	RUT del Paciente:	_____
Domicilio	_____	Ciudad :	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____
Diagnostico GES	_____		
Diagnostico CAEC	_____		
Tratamiento a seguir	_____		
Médico Tratante	_____	Especialidad	_____
Institución	_____		
Hospitalizado	SI _____	Desde	____/____/____ Hasta ____/____/____
	NO _____		
	Institución	_____	
Fue Traslado	SI _____	Desde / Hasta	_____
	NO _____		

Identificación del Representante

Nombre	_____		
Rut	_____	Relación	_____
Teléfono Casa	_____	Teléfono Of.:	_____ Cel: _____

IMPORTANTE:

Isapre YYYYYYY, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la "Derivación a la Red Cerrada de Atenciones CAEC o GES-CAEC", documento que estará a su disposición o de su familiar responsable a mas tardar el día subsiguiente hábil a la fecha de esta solicitud, en cualquiera de nuestras sucursales.

El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el Formulario N°2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación.

Tomé conocimiento _____
Firma

Agencia :	_____	Fecha Recepción :	____/____/____
Funcionario Receptor :	_____	Hora de Recepción :	____ : ____ : ____

**FORMULARIO N°2
DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS (CAEC)**

Isapre YYY comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación, establecimiento que le designará un Médico tratante si este no está expresamente señalado en el presente documento.

La presente derivación tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que deberá ser comunicada por correo certificado.

Establecimiento	Dirección	Habitación	Médico

OBSERVACIONES :

Nombre del Afiliado : **Rut :**

Nombre del Paciente : **Rut :**

Diagnóstico CIE 10

Tratamiento Indicado :

Fecha Solicitud CAEC : **Monto Deducible :**

Fecha V° B° : **Fecha Inicio Beneficios :**

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC NI EN LA GES-CAEC:

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud que reúnan las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo.
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad.
- Tratamiento quirúrgico de la Obesidad Mórbida, sus complicaciones y secuelas, salvo lo indicado en el numeral 9 de este artículo.
- Cualquier tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, tanto quirúrgico como no quirúrgico, que tenga el carácter de cosmético, tales como abdominoplastía u otra corrección derivada de la baja de peso.
- Tratamientos odontológicos.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos e insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.

- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, salvo lo indicado en el numeral 10 de este artículo.
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red CAEC.
- Prestaciones otorgadas en establecimientos o instituciones ubicadas fuera del territorio nacional y todas aquellas prestaciones que se realicen fuera de la Red.
- Las prestaciones y medicamentos de carácter ambulatorio no codificadas en el arancel del contrato de salud, salvo lo señalado en el párrafo tercero del Artículo I de este documento.
- Las prestaciones homologadas, entendiéndose por homologación el reemplazo de prestaciones por otras no codificadas en el arancel del contrato de salud.

Este beneficio adicional para enfermedades de Catastrófica no se aplica durante los plazos señalados en los Artículos 33° letra f y 33° bis de la Ley 18.933 para los casos de enfermedades preexistentes declaradas o en el período que le reste al beneficiario para cumplir dicho plazo, según la fecha de suscripción de su contrato.

Este documento de derivación acredita que el paciente individualizado es afiliado a Isapre YYYYYYYYYYYYYYYY. y se encuentra incorporado a la RED de enfermedades de Catastrófica, por lo que es de su responsabilidad el pago del monto de su deducible.

Constancia :

Con fecha _____ Hora _____, informé a _____
 RUT _____ - ____, la derivación efectuada para las atenciones por la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas del paciente individualizado, negándose a firmar tanto la aceptación como el rechazo del ingreso a ese beneficio.

Timbre de Caja Firma.....

ACEPTO INGRESO A LA RED
Firma de Familiar Responsable
Nombre :
Rut :
Fecha :

ANEXO N°2

REQUISITOS PARA ACCEDER AL FINANCIAMIENTO DEL DEDUCIBLE POR LA ISAPRE:

Para acceder al financiamiento por parte de la Isapre del deducible a que se alude en la letra e) del numerando 2°, artículo I del documento denominado “Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas”, el solicitante debe cumplir los siguientes requisitos copulativos, según sea el caso.

1) Trabajador Dependiente y Pensionado:

- a) Tener incorporada la cobertura adicional para enfermedades de Catastrófica.
- b) Encontrarse aquejado por una enfermedad catastrófica, conforme a la definición señalada en el numerando 2° letra d) de este condicionado.
- c) Tener contrato de salud vigente con la Isapre.
- d) Tener una antigüedad mayor de un año en el empleo, a la fecha de solicitud de financiamiento del deducible.
- e) No registrar anotaciones en el boletín comercial vigente ni en el boletín histórico del último año.
- f) Tener un aval o codeudor solidario que reúna los requisitos de tal, según parámetros exigidos por la Caja de Compensación que registra el mayor número de trabajadores afiliados.
- g) En el caso de trabajador dependiente y pensionado, la cuota mensual del servicio del crédito junto a sus restantes compromisos financieros, exceptuando el hipotecario, no podrá exceder del 25% de la remuneración o pensión líquida mensual. Tratándose de rentas variables, se considerará el promedio de las últimas 3 remuneraciones o pensiones líquidas mensuales.

2) Trabajador Independiente y Voluntarios:

- a) Estos deben cumplir con los mismos requisitos establecidos en las letras a), b), c), e) y f) precedentes.
- b) Acreditar renta o ingresos periódicos mediante declaración de impuestos u otros medios.
- c) Los trabajadores independientes y voluntarios deben estar al día en el pago de sus cotizaciones de salud.

**ANEXO N°3
MANDATO**

En _____, a _____ del _____, Don (a) _____ (en adelante el "Mandante"), Cédula Nacional de Identidad N° _____, domiciliado en esta ciudad en calle _____, N° _____, expone:

Que con el objeto de documentar en título ejecutivo y facilitar el cobro de la totalidad o el saldo del deducible que el Mandante adeude a _____ (en adelante, indistintamente, la "Isapre") en caso de ocurrencia de algunos de los eventos señalados en el párrafo quinto del artículo 6° de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la "Cobertura") que el Mandante contrató con la Isapre, el Mandante suscribe, sin ánimo de novar, un pagaré a la orden de la Isapre, con algunas menciones en blanco, otorgando por este acto el Mandante a la Isapre y a sus sucesores o endosatarios, un mandato especial para que en su nombre y representación, proceda a incorporar al pagaré mencionado, antes de su cobro, la fecha de expedición, el monto de capital adeudado y la fecha de vencimiento.

La Isapre, de conformidad a lo dispuesto en el Artículo 11° de la Ley N°18.092 sobre Letra de Cambio y Pagaré, deberá incorporar las menciones faltantes al citado pagaré, con arreglo a las siguientes instrucciones:

1. La Isapre podrá llenar el pagaré en uno cualquiera de los siguientes casos: (i) si el Mandante se negare a suscribir un convenio de pago una vez que la Isapre le hubiere financiado el pago del deducible de acuerdo a los términos del numerando 8° del Artículo I de la Cobertura; (ii) si habiéndose suscrito dicho convenio de pago, la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada; o (iii) si habiéndose efectuado los descuentos acordados en el convenio de pago aún persistiere un saldo insoluto del deducible.
2. La fecha de expedición del pagaré corresponderá al día en que se complete el mismo, según lo señalado en el N°1.
3. La Isapre procederá a enterar el correspondiente impuesto de timbres y estampillas que grava el pagaré, dentro de los plazos establecidos en el DL 3475 de 1980. El costo del impuesto que deba pagarse con ocasión del llenado del pagaré será de cargo exclusivo del Mandante.
4. La fecha del vencimiento del pagaré será el día hábil siguiente al de su expedición.
5. El capital adeudado será el saldo del deducible mencionado que se adeude a la fecha de expedición, con su correspondiente reajuste, más los intereses corrientes, gastos de cobranza y el monto del impuesto de timbres y estampillas que corresponda, según liquidación que al efecto practique la Isapre.
6. La Isapre queda expresamente facultada para autorizar ante Notario Público la firma del suscriptor una vez completados los blancos del Pagaré.
7. El Mandante releva expresamente a la Isapre de la obligación de rendir cuenta.
8. Todos los gastos, derechos notariales, impuestos y desembolsos que tengan su origen en las presentes instrucciones y en el mencionado pagaré, serán de cargo exclusivo del Mandante.
- 9.- La Isapre no recibirá remuneración alguna por la ejecución de las gestiones encomendadas en el presente mandato.
- 10.- El presente mandato terminará al mismo tiempo que termine el Contrato de Salud Previsional existente entre el Mandante y la Isapre, a menos que a tal fecha el Mandante adeude a la Isapre todo o parte del deducible ya mencionado, en cuyo caso el presente mandato se extinguirá sólo una vez que el Mandante pague en forma íntegra a la Isapre el saldo del deducible adeudado.
- 11.- Las presentes instrucciones de llenado se otorgan con carácter de irrevocables en los términos del Artículo 241° del Código de Comercio.

Firma del Mandante

**ANEXO N°4
PAGARÉ**

(A la Vista – Pesos Reajustabilidad Unidad de Fomento)

Capital Adeudado: U.F. _____

-Vencimiento: A la vista.

Debo y prometo pagar incondicionalmente a la vista y a la orden de _____, (la Isapre), la suma equivalente en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, de _____ **U.F.** (**_____ Unidades de Fomento**).

El capital adeudado se determinará y pagará en pesos, moneda corriente nacional de curso legal, según el valor que la Unidad de Fomento tenga al día del respectivo pago efectivo, salvo si el pago se hiciere después de la fecha estipulada y en ésta el valor de la Unidad de Fomento hubiese sido superior, pues en tal evento se utilizará este último valor.

Se entiende por Unidad de Fomento aquel sistema de reajuste autorizado por el Banco Central de Chile, de acuerdo a lo establecido en el N°9 del artículo 35° de la Ley 18.840 o la que en el futuro la reemplace y sea determinada sobre las mismas bases.

El pago de toda cantidad adeudada en virtud de este pagaré se efectuará antes de las 12:01 horas P.M. del día del pago correspondiente, en las oficinas de la Isapre ubicadas en _____ N° _____, comuna de _____, ciudad de _____.

En caso de mora o simple retardo en el pago de este pagaré, se devengará, desde la fecha de la mora o del simple retardo y hasta la fecha del pago íntegro y efectivo, un interés penal igual al máximo convencional que la ley permita estipular a la fecha de la mora o del simple retardo para operaciones de crédito de dinero en moneda nacional reajustables, interés que se calculará y pagará sobre el saldo adeudado, debidamente reajustado. Los intereses que no fueren pagados se capitalizarán cada 30 días y, sin necesidad de demanda judicial, devengarán nuevos intereses, los que se calcularán y pagarán a una tasa igual a la del interés penal antes referido. La obligación de pagar este documento es indivisible. SIN PROTESTO. Para todos los efectos de este pagaré, el suscriptor fija su domicilio en la ciudad y comuna de _____ y se somete a la competencia de sus Tribunales de Justicia. El Impuesto de Timbres y Estampillas que grava a este documento se entera en dinero en Tesorería según DL 3.475 Art. 15° N° 1.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

Suscriptor

Nombre o Razón Social del Suscriptor :

R.U.T. N° :

Domicilio :

AUTORIZACION NOTARIAL (uso exclusivo notario)

Autorizo la firma puesta en este documento por don(a) _____, C.I.

N° _____, como Suscriptor.

En _____, a _____ de _____ del año _____.

NOTARIO

**ANEXO N°5
CONVENIO DE PAGO**

En _____, a _____ de _____ del _____, entre Don (a) _____ (en adelante el “Cotizante”), Cédula Nacional de Identidad N° _____, por una parte y por la otra _____ (en adelante la “Isapre”), Rol Unico Tributario N° _____, representada por don(a) _____, Cédula Nacional de Identidad N° _____, se ha convenido lo siguiente:

PRIMERO: Con fecha _____, el Cotizante suscribió con la Isapre una Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (en adelante la “Cobertura”), según las condiciones establecidas para la misma en el contrato de salud.

SEGUNDO: Como consecuencia del uso de la mencionada cobertura, el Cotizante adeuda actualmente a la Isapre, la cantidad de _____ Unidades de Fomento, correspondientes al deducible de su cargo y que fue financiado por la Isapre de conformidad a lo establecido en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

TERCERO: Por el presente instrumento y con el objeto de asegurar el total reembolso a la Isapre del monto indicado en la cláusula precedente, el Cotizante se compromete a pagar a la Isapre la mencionada suma mediante:

(a) El pago, en este mismo acto, de la suma de _____ Unidades de Fomento, en su equivalente en pesos al día de hoy, mediante el descuento de dicha suma del saldo acumulado en la Cuenta Corriente de Excedentes que el Cotizante mantiene en la Isapre en los términos del Artículo 32° bis de la Ley N°18.933; y

(b) El saldo, ascendente a _____ Unidades de Fomento, mediante la alternativa elegida por el Cotizante y que se indica a continuación:

* Descuento por planilla de su remuneración o de su pensión mensual en ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe la Autorización del Descuento correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha.

* Descuento en Cuenta Corriente N° _____ del Banco _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la Isapre para informar a la institución bancaria señalada, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cargo en Tarjeta de Crédito _____ N° _____, cuyo titular es el Cotizante, de ____ cuotas mensuales de _____ Unidades de Fomento, para cuyos efectos el Cotizante suscribe el Mandato de Autorización de Cargo correspondiente, por instrumento paralelo, con esta misma fecha, autorizando a la vez en forma irrevocable a la

Isapre para informar a la administradora de tarjeta de crédito, en la oportunidad correspondiente, el monto de las cuotas a descontar.

* Cualquiera otra que la Isapre estime conveniente.

CUARTO: En el evento que la Isapre, por causa imputable al cotizante, no hubiere percibido pago durante 2 meses consecutivos o 3 meses en forma alternada, o bien si habiéndose efectuado todos los descuentos acordados en este convenio aún persistiere un saldo insoluto del deducible, la Isapre estará facultada para perseguir el cobro de dicho saldo, mediante la ejecución del pagaré suscrito por el Cotizante y que se menciona en el numerando 8° del artículo I de las Condiciones para la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

QUINTO: Si una vez terminado el Contrato de Salud Previsional, se efectuara un pago con cargo al saldo adeudado mediante alguna de las alternativas indicadas en la cláusula tercera, se deja constancia que ello no implicará en caso alguno la rehabilitación de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas.

_____ Cotizante	_____ Isapre
---------------------------	------------------------

**ANEXO N°6
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO**

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Trabajador" (Pensionado), Cédula Nacional de Identidad N° _____, declara:

Que por el presente instrumento vengo en autorizar a mi empleador (entidad pagadora de la pensión), para que de mi liquidación de remuneraciones (de la pensión) del mes de _____ del año _____, como también de la de los _____ meses siguientes, se descuente la cantidad de _____ Unidades de Fomento y pague dicha cantidad a _____, en adelante la "Isapre", por concepto de reembolso del deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que he contratado con dicha Isapre.

En caso de que la cantidad mensual a descontar arriba señalada, sumada a los otros descuentos previamente autorizados por mí (y que sean distintos a los mencionados en el inciso primero del artículo 58° del Código del trabajo), exceda del 15% de mi remuneración total, autorizo a que la suma a descontar se reduzca en el monto exacto en que exceda del referido límite y el saldo, se acumule en una o más fracciones que no excedan del referido 15% y se descuenten a partir del último mes indicado en el párrafo precedente hasta su total extinción.

En caso que el descuento se realice de mi pensión, el porcentaje a descontar no podrá exceder del límite señalado en la regulación del régimen previsional correspondiente.

Empleador	Trabajador
(Entidad Pagadora de la Pensión) (Pensionado)	

NOTA: Esta autorización se deberá completar con los datos que corresponda, según se trate de un afiliado dependiente o pensionado.

ANEXO N°7

MANDATO AUTORIZACIÓN DE CARGO (CUENTA CORRIENTE BANCARIA / TARJETA DE CRÉDITO)

En _____, a _____ de _____ del _____, Don(a) _____, en adelante el "Mandante", Cédula Nacional de Identidad N° _____ autoriza al Banco/Administradora de Tarjetas de Crédito _____ en adelante el "Mandatario", a pagar de su Cuenta Corriente/Tarjeta de Crédito N° _____ a _____, en adelante la "Isapre", las cuotas correspondientes al deducible de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, en adelante la "Cobertura", de acuerdo a las condiciones que a continuación se indica:

PRIMERO: El pago de los montos que la Isapre informe mensualmente al Mandatario, se efectuará con cargo a la cuenta corriente individualizada, línea de crédito, de sobregiro o cuenta vista si la hubiere, que el Mandante posea en dicha institución y en la medida en que existan fondos suficientes y disponibles para cubrirlo.

SEGUNDO: El pago de las cuotas se efectuará dentro de los 5 primeros días hábiles de los meses en que corresponda pagarlas, según informará la Isapre al Mandatario. Si tales pagos no se pudieran efectuar por cualquier causa, el Mandatario queda liberado de toda responsabilidad, debiendo el Mandante pagarlas a la Isapre según lo dispuesto en la Cobertura. En el evento que alguna(s) cuota(s), por cualquier causa, no haya(n) sido cargada(s) por el Mandatario o habiendo sido cargada(s) haya(n) sido rechazada(s), el Mandante faculta a la Isapre para cargarla(s) en otra(s) fecha(s) durante el respectivo mes, o bien al mes siguiente con sus reajustes e intereses, junto con la cuota correspondiente a dicho mes.

TERCERO: Si alguna cuota, por cualquier razón, no fuera pagada, el Mandatario no tendrá responsabilidad alguna, aunque de dicha circunstancia resulte o pudiese resultar la terminación de la Cobertura.

CUARTO: Esta autorización regirá hasta que el Mandante la revoque por escrito a la Isapre, quien informará al Mandatario de esta revocación.

(Firma Titular Cuenta Corriente Bancaria/Tarjeta de Crédito)

ANEXO

INFORME DE PRESTADORES

PROCEDIMIENTO PARA INFORMAR SITUACIÓN DE ACREDITACION DE LOS PRESTADORES EN EL MARCO DEL BENEFICIO CAEC

- 1.- Las Isapres deberán informar, respecto de todos los prestadores institucionales que comprendan su Red CAEC, el cumplimiento de los siguientes requisitos:
 - a) Normativa exigible a Prestadores Privados en materia de Autorización Sanitaria
 - b) Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias del MINSAL
 - c) Programa de Evaluación Externa de la Calidad de Laboratorios Clínicos (PEEC) del Instituto de Salud Pública
 - d) Certificación de Especialidad médica, otorgada por las facultades de Medicina de Chile, ASOFAMECH, CONACEM.

- 2.- Aquellos prestadores que presenten antecedentes respecto de programas de evaluación de calidad vigentes con observaciones relevantes, deberán cumplir el siguiente procedimiento:
 - a.- Prestador en RED No Aprobado o Aprobado Condicional tanto en el PCIIH como en el PEEC, deberán documentar mejoría en su condición al plazo de 18 meses desde la fecha de efectuada la primera evaluación, información que será remitida a la Superintendencia. Si la nueva evaluación fue solicitada, pero no ha sido efectuada por el MINSAL u organismo correspondiente deberá adjuntar copia del documento con fecha de solicitud.

 - b.- Cuando se requiera por parte de la Isapre reemplazar un prestador además de cumplir con los plazos estipulados para informar a la Superintendencia de dicho cambio, debe adjuntar la misma documentación solicitada al prestador inicial, y el prestador de reemplazo debe cumplir con los mismos requisitos. Sin perjuicio de lo anterior, dicha institución deberá contar con los programas de evaluación de la calidad vigentes en condición de Condicional o Aprobado.

- 3.- En el caso de la Certificación de Especialidades, la Isapre debe informar en anexo adjunto, la nómina de los especialistas certificados la cual debe estar agrupada por especialidades, identificando la nómina de profesionales que están en proceso de certificación y aquéllos sin especialidad certificada.

- 4.- La Isapre debe presentar todos los antecedentes solicitados de sus prestadores en RED a la Superintendencia en los plazos estipulados. La ausencia de cualquiera de estos instrumentos sin una justificación explícita y válida a considerar será motivo de invalidación del prestador para ser parte de la RED.

ANEXO A

“AUTORIZACIÓN SANITARIA”

Nombre Prestador	RUT	Fecha Autorización Sanitaria	Vigente con Observaciones/ sin observaciones	Modalidad ¹ Asistencial Abierta/ Cerrada	Categoría ² Asistencial (Código)

¹ Modalidad Asistencial :

- Abierta en caso de Centros de atención ambulatoria sin pernoctación del paciente, como clínicas de cirugía ambulatoria, centros de imagenología, laboratorios, Centros de Alivio al dolor, Centros de diálisis, radioterapia,
- Cerrada: en caso de Establecimientos asistenciales con hospitalización de pacientes que pernoctan en dicho establecimiento, como son Clínicas de baja, mediana y alta complejidad, hospitales públicos y privados, clínicas psiquiátricas.

² Categoría Asistencial

Se refiere a código asignado según ámbito de prestaciones que tiene el establecimiento de acuerdo a tabla adjunta.

Código	Categoría del Prestador
E.1	Establecimiento Hospitalario y/o Clínica
E.2	Centro Diagnóstico-Terapéutico Integral (Laboratorio-Imagenología-Kinesiolog.,etc.)
E.3	Centro de Imagenología
E.4	Laboratorio Clínico
E.5	Clinicas de cirugía ambulatoria
E.6	Centro de Diálisis
E.7	Centros de tratamiento Oncológico
E.8	Centros de Hospitalización Domiciliaria
E.9	Centros de Enfermería

ANEXO B

“PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL MINSAL”

EVALUACIÓN DE PRESTADORES EN PCIIH POR EL MINSAL:

Prestadores Evaluados en PCIIH últimos 3 años

Nombre Prestador	Condición³ De la Evaluación	Fecha última Evaluación	Observaciones Relevantes del Minsal

Prestadores con Evaluación mayor a 3 años

Nombre Prestador	Condición De Evaluación	Fecha última Evaluación	Observaciones Relevantes del Minsal	Solicitud Nueva Evaluación Sí /No	Fecha Solicitud

ANEXO C

“PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA, EN LABORATORIOS CLÍNICOS INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN”

³ Aprobado
Aprobado Destacado
Aprobado Condicional
No Aprobado
Sin Proceso aplicado

ÁREAS CON CERTIFICADO DEL PROGRAMA EXTERNO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (PEEC)

Nombre Prestador	Áreas con certificado del PEEC								Evaluación	
	Química Clínica L.1	Hematología L.2	Bacteriología L.3	Virología L.4	Inmunología L.5	Micobacterias L.6	Parasitología L.7	Serología de Sífilis L.8	Fecha Evaluac.	Estado Solicitud
									L:1 20/04/05	

La tabla debe ser llenada de la siguiente forma:

- Achurar áreas en que el prestador no entrega servicios.
- Las áreas en blanco son áreas que han sido evaluadas y deben incorporar la siguiente sigla dependiendo de la condición:
 - ✓ Marcar con una cruz (X), el área correspondiente que ha sido certificada satisfactoriamente
 - ✓ Marcar con una C el área correspondiente que se encuentra con evaluación insatisfactoria
 - ✓ Marcar con un cero (0) el área correspondiente que aún no ha sido evaluada.
- En el campo estado de solicitud, cuando un área no ha sido evaluada, debe indicar si solicitó evaluación a la entidad correspondiente y está pendiente con una **P**, y en caso que aún no la haya solicitado indicar con una **N**.

ANEXO D

“CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDADES MÉDICAS”

**MÉDICOS SEGÚN CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD, DEL TOTAL QUE
FORMA PARTE DE LOS PRESTADORES INDIVIDUALIZADOS EN EL PLAN**

Nombre del Prestador	RUT	Especialidad certificada	Fecha Certificación	Entidad Certificadora	Sin especialidad /en Trámite (1)

- Se considerarán médicos especialistas aquellos cuyos certificados hayan sido otorgados por CONACEM (Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas adscritas a ASOFAMECH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile) y/o por las facultades de medicina de universidades chilenas no adscritas a este organismo.
- **(1)** En caso de certificación en trámite colocar una **T**, y de no tener especialidad colocar una **S**.