

BENEFICIO ADICIONAL
COBERTURA EN HOSPITALES REGIONALES 90%
Código 1203

1. BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios de este producto adicional, el afiliado y sus beneficiarios declarados en el Formulario Único de Notificación (FUN) de suscripción y/o modificación de contrato de salud que incorpora esta cobertura adicional, según corresponda, que se encuentren vigentes a la fecha del otorgamiento del presente beneficio.

2. DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO Y COBERTURA

Este beneficio aumenta la cobertura del plan de Salud a 90% sobre el valor factura de las prestaciones hospitalarias y cirugías ambulatorias detalladas en el punto 3 de este instrumento. Dicha cobertura será entregada en forma de reembolso, para lo cual el afiliado deberá presentar en la Isapre todos los documentos correspondientes.

Para efectos del presente beneficio, se entenderá que el valor del día cama del establecimiento hospitalario utilizado por el respectivo beneficiario en su hospitalización, corresponde al precio lista y habitualmente ofrecido al público por la habitación individual simple, con baño privado, de menor valor del respectivo establecimiento hospitalario. Por lo anterior, en caso de uso de una habitación de mayor valor, esta tendrá como bonificación máxima la anteriormente señalada.

El presente beneficio de ampliación de cobertura hospitalaria se aplicará por evento médico y comprende un monto máximo anual de bonificación de UF 2000 por beneficiario.

Para efectos del presente beneficio adicional, se entenderá por evento médico todas aquellas prestaciones efectuadas a un mismo beneficiario, por un mismo diagnóstico y en un mismo prestador, salvo que se haya realizado una derivación por insuficiencia física o técnica a otro prestador, habiéndose producido una interrupción en la primera hospitalización, considerándose para todos los efectos una misma hospitalización.

Este producto adicional se aplica únicamente respecto de las prestaciones hospitalarias detalladas en el punto 3 de este documento. Por su parte, este beneficio sólo tendrá validez tratándose de prestaciones otorgadas en hospitales públicos regionales, entendiéndose como tal a aquellos ubicados fuera de la Región Metropolitana.

3. PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y CIRUGÍAS AMBULATORIAS CUBIERTAS

Las prestaciones hospitalarias son aquellas en que la persona requiere indubitadamente infraestructura hospitalaria, cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias:

- a) La hospitalización ha ocurrido por indicación prescrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate.
- b) El Prestador Institucional ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme el arancel.

Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria.

Este beneficio adicional se aplicará respecto de las siguientes prestaciones hospitalarias: Día Cama, Sala Cuna, Incubadora, Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario, Día Cama Transitorio u Observación, Exámenes de Laboratorio e Imagenología, Kinesiología, Medicina Física y Fisioterapia, Derecho de Pabellón, Procedimientos, Materiales e Insumos Clínicos, Quimioterapia, Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis, Visita por médico tratante e interconsultor y Medicamentos. Adicionalmente, se entregará cobertura de honorarios médicos quirúrgicos solo en caso de que el paciente se atienda bajo modalidad institucional.

Se deja expresa constancia que las prestaciones deben ser efectuadas o prescritas por el médico tratante y encontrarse cubiertas por el plan de salud del afiliado, con excepción de las exclusiones indicadas en el punto 4 del presente beneficio adicional, las que en ningún caso tendrán cobertura conforme al presente beneficio.

4. EXCLUSIONES

Las siguientes prestaciones estarán excluidas de la cobertura que otorga este Beneficio Adicional:

- Las prestaciones que no cumplan con las condiciones que exige este beneficio.
- Todas las exclusiones estipuladas en el contrato de salud.
- Todas las prestaciones no cubiertas por el plan de salud complementario.
- Todas las prestaciones realizadas en prestadores ubicados dentro de la Región Metropolitana.
- Las prestaciones agrupadas en los ítems “Prestaciones Ambulatorias y Otras Prestaciones” referidas en el plan de salud complementario.
- Prestaciones Dentales.
- Los tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas, alcoholismo o reposo.
- Todas las prestaciones restringidas del Plan de Salud, tales como: Prestaciones Hospitalarias de Psiquiatría, Cirugía de Presbicia y Cirugía Bariátrica o de Obesidad. Además, en los planes de salud con cobertura reducida de parto, se excluyen las Prestaciones Hospitalarias de Obstetricia, Parto, Embarazo y Cesárea.

- Los tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes ni necesarios para los diagnósticos de una enfermedad.
- Gastos por acompañantes, mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- Medicamentos, alimentos o similares de carácter experimental, no aprobados por el Instituto de Salud Pública.

5. CONDICIONES DE COBERTURA Y PROCEDIMIENTO PARA HACER EFECTIVO EL BENEFICIO

La cobertura establecida en este Beneficio Adicional se otorgará siempre y cuando se cumplan copulativamente los siguientes requisitos:

- El beneficiario debe encontrarse afiliado a Isapre Banmédica a la fecha de solicitar la cobertura asociada al Programa Médico; encontrarse vigente la afiliación a la Isapre a la fecha de requerir la cobertura y; que el beneficiario se encuentre incorporado a este Beneficio Adicional Cobertura en Hospitales Regionales.
- Que el presente beneficio adicional se encuentre vigente.
- Que el cotizante y sus beneficiarios se encuentren vigentes en el plan de salud bajo el cual se suscribió este beneficio adicional.
- Cumplir con las estipulaciones contenidas en las condiciones generales del contrato de salud.
- El afiliado o beneficiario debe encontrarse adscrito a un Plan de Salud que contemple una cobertura preferente hospitalaria igual o superior a un 50% en Clínica Santa María, Clínica Indisa, Hospital UC, Clínica Alemana de Santiago, Clínica Las Condes, Clínica San Carlos de Apoquindo o Clínica U. de Los Andes.

Para hacer efectivo este beneficio no se requiere activación previa por parte del beneficiario. La Isapre reembolsará conforme a esta cobertura adicional y al plan de salud complementario del afiliado, los programas médicos que cumplan con las condiciones y requisitos indicados precedentemente.

6. PRECIO

El valor de este beneficio se expresa en unidades de fomento (UF) y se indica en la sección D del FUN (Antecedentes del Contrato)

- El precio es de UF 0,06 por grupo familiar.

Para calcular la equivalencia en moneda nacional se utilizará el valor que tenga dicha unidad el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse remuneraciones del cotizante dependiente. En el caso del cotizante independiente, se considerará la UF del último día del mes anterior al del período de pago respectivo.

7. DESTINACIÓN DE EXCEDENTES

El afiliado destina expresamente para el pago de todo o parte del precio del presente beneficio adicional, la parte de sus excedentes de cotización que correspondan y autoriza a la Isapre expresamente para efectuar el descuento e imputación respectiva. En caso de ser insuficientes los excedentes para el pago del precio de este producto, la diferencia será de cargo del cotizante y se incluirá en el precio del plan de salud.

8. MODIFICACIONES

Isapre Banmédica podrá modificar al término de cada período anual contratado el precio, porcentaje de bonificación y monto máximo anual estipulado en el beneficio adicional contratado por el afiliado.

Para estos efectos, Isapre Banmédica deberá comunicar al cotizante su nueva proposición de cobertura mediante carta dirigida al domicilio registrado en la Isapre y/o correo electrónico (en caso de tenerlo registrado), a más tardar, el último día del mes ante precedente al vencimiento del periodo anual respectivo. El afiliado deberá aceptar la modificación mediante la suscripción del FUN respectivo hasta el último día del mes de cumplimiento de su anualidad contractual.

De no hacerlo dentro del aludido plazo, se pondrá término al beneficio, manteniéndose la cobertura hasta el último día del mes de vigencia del beneficio adicional y, una vez transcurrido dicho plazo, se emitirá el FUN de eliminación del beneficio adicional, efectuando la Isapre la rebaja del monto correspondiente de la cotización.

9. VIGENCIA

Este beneficio tendrá una duración de un año contado desde la fecha de inicio de vigencia del beneficio indicada en el FUN de incorporación de este producto adicional. Con todo, respecto de los afiliados de Isapre Banmédica que contraten esta cobertura, el primer período de vigencia se extenderá sólo por el lapso de tiempo que reste para el cumplimiento del período anual de vigencia de su Contrato de Salud. En consecuencia, a contar del segundo periodo coincidirá el cumplimiento del periodo anual de esta cobertura con el de la anualidad del contrato de salud del afiliado.

La renovación del presente beneficio será automática al final del período anual o de cualquiera de sus prórrogas, a menos que cualquiera de las partes (Isapre o cotizante) manifieste su decisión en contrario, sin necesidad de expresar causa, debiendo dar aviso a

la otra parte, a fin de que la Isapre emita el FUN de eliminación del producto, el cual debe ser debidamente firmado por el afiliado. El término de este beneficio se producirá el último día del mes siguiente al de la firma del FUN. En estos casos, la Isapre rebajará el monto correspondiente de la cotización pactada por el afiliado.

El presente beneficio adicional se mantendrá vigente, siempre y cuando el afiliado continúe en el plan que se indica en este documento. Si el afiliado modifica su plan de salud el beneficio termina de inmediato.

10. CAUSALES DE TÉRMINO DEL BENEFICIO

- a) Aviso de término del beneficio por parte de la Isapre o del cotizante al cumplimiento del período anual o alguno de sus prórrogas.
- b) Por la modificación del plan de salud por el cotizante, salvo en el caso de optar por el plan alternativo ofrecido en la carta de adecuación.
- c) No suscripción por el cotizante del FUN de modificación del beneficio conforme a lo señalado en el punto 8.
- d) Término del contrato de salud previsual.

En caso de mal uso del mismo por el beneficiario o terceros, definición que quedará sujeta a plena discreción de la Isapre.

11. CONTROVERSIAS

Las partes someten el funcionamiento y aplicación del presente beneficio adicional, a la supervigilancia de la Superintendencia de Salud.

Identificación del Cotizante

COBERTURA EN HOSPITALES REGIONALES 90%

Nombre Cotizante:	
RUT:	Nro. FUN:
Código y Nombre Cobertura:	Plan de Salud:
Fecha:	Precio: 0,06 UF
Código: 1203	

Mayo/2022

FIRMA Y TIMBRE ISAPRE

FIRMA COTIZANTE

Huella dactilar Afiliado