

Banmédica

Desde Siempre, otorgando confianza y asegurando tu salud.

Salud Clásico Regional Norte Ultra A2/2411

BNCU2411A2

Tipo de Plan: Individual ◉ Grupal ○

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

FUN N° _____

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)					LIBRE ELECCIÓN (*)		
	Bonificación				Tope máx año contrato por beneficiario	Bonificación		Tope máx año contrato por beneficiario
	%	Tope	%	Tope		%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA								
Día Cama Sala Cuna Incubadora Día Cama Cuidado Intensivo, Intermedio o Coronario Día Cama Transitorio u Observación Exámenes de Laboratorio Imagenología Derecho Pabellón Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional	**80%** Sin Tope Habitación Individual Simple en: Clínica San José de Arica **70%** Sin Tope Habitación Individual Simple en: Clínica Tarapacá Clínica Atacama (Sólo con bonos)		**60%** Sin Tope Habitación Individual Simple en: Clínica Dávila Clínica Dávila Vespucio (Sólo con Médicos Staff y en convenio) (Sólo con bonos)		Sin Tope	**100%**	3 UF 1,4 UF 3,8 UF 9,7 UF 3,8 UF 4,5 V.A.	Sin Tope
Medicamentos (1.4) (1.10)					1200 UF		24 UF	600 UF
Materiales e Insumos Clínicos (1.4) (1.10)							20 UF	40 UF
Prótesis, Órtesis y Elementos de Osteosíntesis							6 UF	12 UF
Quimioterapia (1.6)	**100%**	10,5 UF					10 UF	100 UF
Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2)		10 V.A.					4,5 V.A.	Sin Tope
Visita por Médico Tratante y Médico Interconsultor		0,6 UF					0,6 UF	
Traslados (5.4)		1,3 UF			5,1 UF	**80%**	1 UF	5 UF
AMBULATORIAS								
Consulta Médica Consulta Médica de Telemedicina en Especialidades (1.14)**	**60%** Sin Tope Clínica Tarapacá, Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio, Centros Médicos Dávila (Sólo con bonos)				Sin Tope	**80%**	0,5 UF	5 UF
Exámenes de Laboratorio	**60%** Sin Tope Clínica San José de Arica, Clínica Tarapacá, Integramédica, Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio, Centros Médicos Red Dávila (Sólo con bonos)						6 V.A.	Sin Tope
Imagenología	**60%** Sin Tope Clínica Tarapacá, Integramédica, Clínica Dávila Clínica Dávila Vespucio, Centros Médicos Red Dávila (Sólo con bonos)							
Derecho Pabellón Ambulatorio Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.2) Radioterapia	**60%** Sin Tope Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio, Centro Médicos Red Dávila, Integramédica (Sólo con bonos)							
Fonoaudiología					4,2 UF			2,8 UF
Kinesiología, Fisioterapia y terapia Ocupacional					4,2 UF			2,8 UF
Prestaciones Dentales (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Clínica de Lactancia (0 a 6 meses de edad) (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Mal Nutrición Infantil (7 a 72 meses de edad) (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Tratamiento de fertilización asistida baja complejidad hombre (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Tratamiento de fertilización asistida baja complejidad mujer (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Tratamiento de fertilización asistida alta complejidad (PAD) (1.13)					1,8 UF			1,3 UF
Consulta y Atención Integral de Nutricionista					1,8 UF			1,3 UF
Atención Integral de Enfermería					1,8 UF			1,3 UF
Prótesis y Órtesis (1.5)					7,5 UF			7,5 UF
Quimioterapia (1.6)	**Igual a la cobertura preferente hospitalaria y en los mismos prestadores.**					**100%**	10 UF	100 UF
ATENCIONES DE URGENCIA (1.11)								
Consulta de Urgencia	**60%** Clínica Tarapacá (Sólo con bonos)				Sin Tope	**80%**	1 UF	5 UF
Exámenes de laboratorio de Urgencia	**60%** Clínica San José de Arica, Clínica Tarapacá (Sólo con bonos)						6 V.A.	Sin Tope
Imagenología de Urgencia	**60%** Clínica Tarapacá (Sólo con bonos)							
Medicamentos y Materiales de Urgencia					0,9 UF		0,3 UF	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS								
Prestaciones Hospitalarias de Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica (1.7)	**40%** Sin Tope Clínica San José de Arica, Clínica Tarapacá, Clínica Atacama, Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio (Sólo con bonos)				Sin Tope	25% de la Cobertura Genérica		Sin Tope
Prestaciones Hospitalarias de Cirugía Refractiva (1.7)								
OTRAS PRESTACIONES								
Marcos y Cristales Ópticos (1.8)	Sólo Cobertura Libre Elección					**80%**	1,2 UF	1,2 UF
Medicamentos Tratamiento Esclerosis Múltiple (1.9) (1.10)							21 UF	210 UF
Cobertura Internacional (1.12)	La cobertura Internacional opera por reembolso de acuerdo a las coberturas de libre elección de este plan, con un tope único y total en medicamento y materiales clínicos hospitalarios, de 100 UF anuales. Los ítems que no tengan topes expresados en ella, tendrán un tope de bonificación de un 90% del arancel de Clínica Dávila.							
PRESTADORES DERIVADOS HOSPITALARIOS (5.1)	Clínica San José de Arica, Clínica Tarapacá, Clínica Dávila, Clínica Dávila Vespucio							
PRESTADORES DERIVADOS AMBULATORIOS (5.1)	Clínica San José de Arica, Clínica Tarapacá							

sucursales app móvil banmedica 600 600 3600 02 2 270 6800 (*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
(**) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DONDE SE INDIVIDUALIZAN ESPECIALIDADES INCORPORADAS AL ARANCEL

Precio Base	UF	Cotización Legal	%

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Tabla de Factores de Precio (Código 1156)

Tipo de Beneficiario

Tramos de Edad	Cotizantes	Cargas
0 a menos de 20 años	0,6	0,6
20 a menos de 25 años	0,9	0,7
25 a menos de 35 años	1	0,7
35 a menos de 45 años	1,3	0,9
45 a menos de 55 años	1,4	1
55 a menos de 65 años	2	1,4
65 y más	2,4	2,2

Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional se utilizará el valor que tenga la UF el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante. Para calcular la equivalencia del precio en moneda nacional se utilizará el valor que tenga la UF el último día del mes en que se pagaron o debieron pagarse las remuneraciones del cotizante.

Identificación Única del Arancel	B1	Modalidad del Arancel	$

Tope General Anual por Beneficiario	5.500	UF

Firma representante Isapre

Nombre: _____

Rut: _____

Fecha: _____

Firma de Afiliado

Nombre: _____

Rut: _____

Fecha: _____

Huella dactilar Afiliado

Notas Explicativas del Plan de Salud:

1. COBERTURAS

1.1) Las **prestaciones hospitalarias** son aquellas en que la persona requiere indubitadamente infraestructura hospitalaria, cuando se presente alguna de las siguientes circunstancias:
La hospitalización ha ocurrido por indicación escrita, precisa y específica del médico tratante del paciente de que se trate o el prestador ha facturado la utilización de, a lo menos, un día cama, cualquiera sea el tipo de éste conforme el arancel vigente en la Isapre.
Las cirugías ambulatorias asociadas a un código de pabellón 5 o superior tendrán bonificación como cobertura hospitalaria.
La cobertura hospitalaria de libre elección se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes de bonificación, y montos máximos indicados en el plan complementario de salud.

1.2) La cobertura preferente se realizará sólo con presentación de bonos con los prestadores indicados en el plan de salud.
La oferta preferente hospitalaria comprende sólo las prestaciones que indica el arancel **B1.**

La consulta médica: considera la consulta médica general, de especialidades y las consultas psiquiátricas y psicológicas
La oferta preferente, tanto ambulatoria como hospitalaria, dependerá de si existe disponibilidad física y técnica en el establecimiento indicado en el plan, en caso contrario, el beneficiario deberá dirigirse a uno de los prestadores indicados en Prestadores derivados, de acuerdo a lo señalado en el punto 5.1 de estas notas explicativas.
Los Honorarios Médicos Quirúrgicos de la oferta preferente, serán sin tope, sólo con médicos staff del establecimiento, en convenio con la Isapre y utilizando bonos, en caso contrario, se bonifi cará de acuerdo a los topes indicados en la libre elección del plan de salud, para ese ítem.

1.3) En caso de **urgencia hospitalaria** con o sin riesgo vital o secuela funcional grave, para tener acceso a la cobertura preferente deberá acudir al prestador indicado en el Plan de Salud. En caso de no poder dirigirse al prestador indicado en la cobertura preferente, se deberá acudir a cualquier servicio de urgencia y dar aviso a la Isapre, personalmente o por medio de familiar u otro, dentro de las 48 horas siguientes al evento. Si el plazo de 48 horas se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente.
Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, el beneficiario debe ingresar efectivamente al prestador preferente y en el tipo de habitación que indica el cuadro de beneficios de la oferta preferente, fecha a contar de la cual tendrá acceso a esta cobertura. Tanto el beneficiario como la Isapre están facultados para solicitar el traslado del paciente hospitalizado al prestador preferente cuando su estado de salud lo permita. En todo caso, la cobertura en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre por libre elección al igual que los correspondientes gastos de traslado.

1.4) Se procederá a la bonificación de los **Medicamentos, Materiales e Insumos Clínicos** sólo en prestaciones que requieran hospitalización y en las prestaciones asociadas a Cirugías Ambulatorias (código de pabellón 5 o superior). Esta cobertura se aplica por evento/beneficiario. Se excluyen drogas antineoplásicas para el tratamiento del cáncer, las cuales se bonificarán en sus porcentajes y topes específicos del cuadro de beneficios del plan complementario de salud las cuales se bonificarán de acuerdo al ítem Quimioterapia del plan de salud complementario. Asimismo, se excluye la bonificación de medicamentos, materiales e insumos clínicos para diagnósticos o tratamientos ambulatorios.

1.5) En el caso de los **audífonos**, sólo se contempla cobertura a los mayores de 55 años de acuerdo al arancel.

1.6) La cobertura preferente respecto de la **Quimioterapia** incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, como tratamientos para el cáncer. Asimismo, se extiende a todos los insumos para la administración de los fármacos oncológicos, incorporándose, además, en el valor de los esquemas de riesgo alto e intermedio el valor de los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos. Dicha cobertura se otorgará de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en el Plan de Salud complementario.

1.7) La Isapre otorgará cobertura preferente respecto de las Prestaciones Hospitalarias de Cirugía Refractiva, Cirugía de Presbicia, Cirugía Bariátrica o de Obesidad y Cirugía Metabólica, en caso que sean realizadas al paciente en los prestadores preferentes señalados en el plan de salud. En caso de insuficiencia física o técnica del prestador para alguna de estas prestaciones se aplica lo establecido en el punto 5.1 de la presente nota explicativa.
En caso de no acudir al prestador preferente, la Isapre otorgará cobertura restringida de acuerdo a la modalidad libre elección respecto de las prestaciones hospitalarias señaladas en el párrafo anterior, la cual corresponderá al mayor valor entre el 25% de la cobertura del plan de salud para la prestación genérica correspondiente y la cobertura financiera mínima que establece el Arancel Fonasa modalidad libre elección.

1.8) Corresponderá la bonificación de los **marcos y cristales ópticos** sólo con la presentación de la receta médica respectiva. Los anteojos para presbicia no requieren de receta médica para los mayores de 40 años.

1.9) Los medicamentos asociados al tratamiento de **esclerosis múltiple remitente recurrente**, sólo tendrán bonificación de libre elección, conforme al arancel Fonasa modalidad libre elección y la cobertura se otorgará sólo contra presentación de programa médico.

1.10) Todos los medicamentos, materiales clínicos e insumos, incluidas las drogas antineoplásicas y los medicamentos para el tratamiento de la **esclerosis múltiple**, se bonificarán únicamente en la medida que estén registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) con fines curativos (por lo que se exceptúan, en consecuencia, los medicamentos con fines de investigación y experimentación).

1.11) La **Cobertura de Urgencia Ambulatoria** en Prestador Preferente no se extiende a las prescripciones y prestaciones posteriores, derivadas de la consulta de urgencia ambulatoria, aunque tenga relación con ella, las que tendrán la cobertura del plan de salud según corresponda.

1.12) La Isapre otorgará **cobertura internacional** de acuerdo a los siguientes criterios:
El afiliado y los beneficiarios del contrato tendrán derecho a bonificación por las prestaciones otorgadas en el extranjero. En estos casos, el afiliado deberá entregar en cualquier sucursal de la Isapre toda la documentación que dé cuenta de las atenciones recibidas, tales como boletas y/o facturas, además de los respectivos antecedentes médicos, los cuales deberán estar traducidos al idioma español y encontrarse debidamente legalizados en el consulado de Chile correspondiente al país en el cual fueron otorgadas las prestaciones. En relación a estas prestaciones, la Isapre otorgará cobertura de acuerdo a los porcentajes y topes establecidos en el plan de salud para este ítem.
Para requerir esta cobertura, el afiliado deberá estar a lo indicado en el artículo 11 letra b) de las Condiciones Generales del Contrato de Salud. La bonificación correspondiente se pagará en moneda nacional al cambio oficial vigente de la moneda con que se efectuó el pago, de acuerdo al valor de esta al último día del mes anterior a la fecha de la bonificación.

1.13) Los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) tendrán bonificación tanto en modalidad preferente como de libre elección, la cual estará sujeta a los mismos términos, topes y condiciones aplicables bajo el Arancel Fonasa Modalidad de Libre Elección. En el caso de los PAD dentales, la cobertura se otorgará sólo a los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años, 11 meses, 29 días. Por su parte, respecto del PAD por Atención Odontológica Integral Del Paciente Oncológico, este no contempla límite de edad para los beneficiarios. Asimismo, las prestaciones contenidas en este último PAD podrán realizarse por cada tratamiento indicado por el equipo oncológico tratante y, en forma previa al inicio del tratamiento oncológico (quimioterapia, radioretapia). Tratándose del PAD Clínica de Lactancia, la cobertura se otorgará a beneficiarios que tengan entre 0 y 6 meses de edad y, en el caso del PAD de Mal Nutrición Infantil, la cobertura se otorgará a beneficiarios que tengan entre 7 y 72 meses de edad.
En caso de diagnóstico de infertilidad, estas prestaciones incluyen las coberturas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación de embriones, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para la realización del tratamiento señalado. La cobertura financiera considera la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial desde el beneficiario.
Para el otorgamiento de la bonificación por parte de la Isapre respecto de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD), el beneficiario deberá adjuntar la boleta o factura emitida por el prestador, en la que consten expresamente los códigos de los PAD correspondientes, o bien, las prestaciones que éstos incluyen.

1.14) Solo tendrá cobertura las consultas médicas de telemedicina de las especialidades de Dermatología, Geriatría, Endocrinología, Psiquiatría, Neurología, Diabetología y Nefrología. En el caso de la especialidad de neurología, la consulta de telemedicina sólo aplica respecto del seguimiento y control del paciente, no así como primera consulta.

2. DEFINICIONES

V.A.: Número de veces el valor asignado a cada prestación en el arancel señalado al reverso del plan de salud.

UF.: Unidad de Fomento.

Habitación Individual Simple: Corresponde a la habitación individual simple con baño privado de menor valor del establecimiento hospitalario.

Médico Staff: Médico Staff es el médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la Oferta Preferente y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre.

Tope: Los topes de bonificación se expresan en Unidades de Fomento o "UF" o en veces arancel (V.A.). Corresponde al máximo de cobertura del plan complementario de salud el que se determina por evento médico sobre el valor factura o boleta, aplicando el porcentaje o el tope de bonificación, cuando corresponda.

Tope Máximo año contrato por beneficiario: son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones de que se trate, por libre elección y por la oferta preferente. El valor indicado rige individualmente para cada beneficiario por año de vigencia de beneficios. La bonificación corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. Cuando la suma de las bonificaciones en un año sea superior al monto máximo anual, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.
El tope general anual por beneficiario es único y comprende todas las bonificaciones otorgadas por la Isapre, tanto por libre elección y por oferta preferente, en el periodo anual de vigencia de beneficios. Alcanzado este tope general anual, se otorgará la cobertura mínima que establece la ley.

Evento Hospitalario: Se entiende por evento médico hospitalario 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.

Ciclo de Quimioterapia: Se entiende por ciclo de quimioterapia el período de tiempo que comprende el número de días empleados en la secuencia de un determinado tratamiento antineoplásico.

Orden Médica: Orden escrita emitida por el médico, para que el paciente pueda realizarse exámenes, imágenes u hospitalización, entre otros. Toda prestación ambulatoria, excepto la consulta médica y los anteojos para presbicia para mayores de 40 años, requerirá tanto para obtener el reembolso como la orden de atención, acompañar la indicación médica que lo originó con su correspondiente diagnóstico o hipótesis diagnóstico.

3. VALOR DE CONVERSIÓN DE LA UNIDAD DE FOMENTO A UTILIZAR

3.1) Los topes en UF indicados en las columnas Topes de Bonificación y Montos Máximos Usuario/Año, se calcularán de acuerdo al valor que tenga la UF el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

3.2) El valor de la UF para el pago de la cotización que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes en que se devenga la remuneración.

4. REAJUSTE DEL ARANCEL DE PRESTACIONES:

El Arancel o catálogo valorizado de prestaciones se reajustará el primero de abril de cada año en un 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios del Consumidor (IPC) entre el 1º de Enero y 31 de diciembre del año anterior. Para el caso que desaparezca o reemplace dicho índice, se sustituirá por el que la autoridad competente disponga en lugar de aquél.

5. NOTAS EXPLICATIVAS PARA LA APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE O CERRADA.

5.1) Cuando se configura una insuficiencia de todos los prestadores indicados en la oferta preferente, es decir que se encuentra imposibilitado de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente, el beneficiario o familiar deberá solicitar a la Isapre la derivación a algún prestador indicado en la columna Prestadores Derivados o al que indique la Isapre en regiones. La solicitud de derivación podrá realizarse al Call Center de la Isapre y el beneficiario deberá solicitar al prestador un certificado que acredite la insuficiencia especifica. El monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haberse mantenido en el prestador preferente.

5.2) Atención de **Urgencia Ambulatoria en prestador preferente**: El beneficiario deberá dirigirse a alguno de los prestadores de la oferta preferente ambulatoria de su plan de salud. Esta cobertura rige sólo con presentación de bonos. En el caso de que los prestadores anteriores no tengan disponibilidad física o se encuentren imposibilitados de otorgar algunas de las prestaciones contempladas en este ítem, el beneficiario podrá dirigirse al prestador derivado indicado en el plan. Si el afiliado acude a un prestador distinto a los anteriores, la cobertura será la indicada para prestaciones ambulatorias de Libre Elección del plan.

5.3) **Tiempos de espera**:

TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA EN DÍAS CORRIDOS EN LOS PRESTADORES IDENTIFICADOS EN LA COBERTURA PREFERENTE (mientras sea médicamente aconsejable)	
PRESTACIÓN	N° DÍAS
Exámenes de Laboratorio	4 días
Imagenología	4 días
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	5 días
Intervenciones Quirúrgicas Programadas	9 días

En el caso que un prestador no pueda cumplir con los tiempos máximos de espera, el paciente será derivado a otro prestador por la Isapre.

5.4) La bonificación para **traslados** regirá solo para **traslados** solicitados por el médico tratante y originados por hospitalizaciones, y su pago deberá ser autorizado siempre y en forma previa por la contraloría médica de la Isapre, salvo casos de urgencia. Esta bonificación incluye y se extiende solamente al paciente.

5.5) **Segunda Opinión Médica**: Esta se podrá obtener con otro profesional del mismo prestador preferente, un profesional de otro prestador preferente y, si no hubiera un prestador preferente distinto, con un profesional del o los prestadores derivados.

5.6) **Opiniones Médicas Divergentes**: Frente a divergencias entre las opiniones médicas que se produzcan como consecuencia del ejercicio del derecho a solicitar una segunda opinión médica, le asiste al cotizante y/o a los beneficiarios del plan de salud el derecho de requerir del Director Médico o Jefe del Servicio del prestador individualizado en la oferta preferente del plan de Salud, en un plazo máximo de 30 días, un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.

5.7) Si durante la vigencia de este plan se produjera el termino o modificación del convenio con el prestador preferente, terminase su existencia legal, experimentare una pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura o una paralización permanente de sus actividades, no se afectará la cobertura preferente con dicho prestador. En este caso, la Isapre efectuará todas las gestiones que correspondan de acuerdo a la normativa vigente.

5.8) **Reglas especiales sobre modificación de contrato**

- En caso de que el Afiliado modifique su domicilio acreditando de que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios al prestador individualizado en el plan, o si se produce una falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos, la Isapre deberá ofrecer un nuevo plan si éste es requerido por el afiliado fundamentándose en algunas de estas circunstancias. Dicha oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud entre los en comercialización, que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.
- A falta de derivación por parte de la Isapre, el beneficiario deberá dirigirse a algunos de los prestadores preferentes o derivados establecidos en su Plan de Salud. En caso de necesitarlo, el beneficiario puede revisar su plan de salud en el sitio privado de la página web de la Isapre. En estos casos el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haberse mantenido en el prestador preferente.
- En caso de que el afiliado solicite derivación por insuficiencia y la Isapre lo derive a un prestador distinto de los indicados en su plan de salud, el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haber sido derivado a un prestador preferente incluido en su plan de salud.
- En caso de que el prestador derivado no otorgue atención efectiva y oportuna al beneficiario, la Isapre derivará a un nuevo prestador, donde el monto del copago, la cobertura y tope de bonificación será el que hubiese correspondido al beneficiario de haber sido derivado a un prestador preferente incluido en su plan de salud.