

ANEXO

ADICIONAL CONVENIO DE MATERNIDAD CLINICA SAN CARLOS DE APOQUINDO

1. OBJETO DEL CONVENIO

El Prestador de Salud otorgará atención para prestaciones de salud asociadas a maternidad, específicamente de parto o cesárea, sin complicaciones, que sean otorgadas en las dependencias de la Clínica San Carlos de Apoquindo, ubicada en calle Camino El Alba N° 12.407 (Antes N° 12.351), comuna de Las Condes, Región Metropolitana, las 24 horas del día los siete días de la semana, y todos los días del año a todas aquellas personas que tengan el carácter de Beneficiario del Plan UC CHRISTUS Salud Plus con el presente adicional de maternidad, y que así lo requieran a raíz de la ocurrencia de alguna de las causales previstas para ello en este instrumento.

Los Beneficiarios del presente adicional de maternidad del Convenio de Plan UC CHRISTUS Salud Plus, recibirán todas las prestaciones de salud que se encuentren dentro de aquellas ofrecidas por la Clínica San Carlos de Apoquindo en sus instalaciones y a través de sus profesionales de la salud o con aquellos que ésta autorice o derive.

2. ÁMBITO DE EJECUCIÓN DEL PRESENTE CONVENIO.

El presente convenio, adicional al Plan UC CHRISTUS Salud Plus, será aplicable ante la ocurrencia de un Parto o una Cesárea sin complicaciones a realizarse en Clínica San Carlos de Apoquindo.

3. VIGENCIA DEL CONVENIO.

Por el hecho que este convenio sea un producto adicional al Plan UC CHRISTUS Salud Plus, la vigencia de éste será la misma vigencia que tiene el producto original del cual es un Anexo. Conforme a lo anterior, se entiende que este convenio adicional se trata de un producto accesorio al principal – Contrato Plan UC CHRISTUS Salud Plus -, siguiendo por lo tanto en toda la suerte del Contrato principal.

El contratante podrá incorporar en este adicional con posterioridad a la contratación del Plan UC CHRISTUS Salud Plus, en cuyo caso la fecha de inicio vigencia del beneficio adicional y su correspondiente cobro será el día 1 del mes subsiguiente al mes en que se realiza la solicitud de la incorporación.

Así, por ejemplo, todo aspecto no tratado expresamente en el presente, se regirá según los términos estipulados en el Contrato Principal, tales como beneficiarios elegibles, pago de las mensualidades, procedimiento de activación, u otros.

4. CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS.

Se deja constancia que el Contratante de este convenio es el mismo Contratante del Contrato Plan UC CHRISTUS Salud Plus y las Beneficiarias de este Adicional, también deberán estar incorporadas en el Plan UC CHRISTUS Salud Plus, no pudiendo incorporar o excluir beneficiarias en éste, que no hayan sido incorporadas o excluidas en el Plan UC CHRISTUS Salud Plus. Conforme a lo anterior, todos los términos y condiciones del Plan UC CHRISTUS Salud Plus se hacen extensivos al presente Convenio Adicional. Por ende, y ante la eventualidad de que llegase a existir discrepancia entre ambos instrumentos, siempre primarán los términos del Contrato Plan UC CHRISTUS Salud Plus.

Se deja expresa constancia que las Beneficiarias a incorporar al presente adicional de maternidad deberán tener menos de 29 semanas de embarazo.

5. VALORIZACIÓN Y CONDICIONES PARA SU USO.

El presente Convenio cubre las diferencias entre la cobertura del Sistema de Salud y los seguros complementarios que pudiere tener el paciente y el total de los gastos incurridos por El Prestador para todas y cada una de las prestaciones que tenga la beneficiaria asociadas a su parto o cesárea. El presente Convenio se entiende complementario al sistema de salud del Beneficiario, información que es conocida y aceptada por el contratante de este Convenio.

La solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se realizaron las prestaciones, debiendo el Beneficiario hacer previamente uso de su sistema previsional de salud y seguro complementario, si tuviere. La no presentación de la solicitud de reembolso dentro de dicho plazo dará derecho al prestador a rechazar la solicitud de reembolso.

La solicitud de reembolso se podrá hacer de forma remota a través de correo electrónico. En este caso, el Beneficiario deberá enviar la siguiente documentación al email servicioplanesdesalud@ucchristus.cl, para tener derecho a la devolución, a saber:

Prestaciones Hospitalarias:

- Bonos y/o boletas de las prestaciones de las cuales solicita devolución de copago.
- Orden de su médico tratante indicando la prestación ambulatoria.
- Epicrisis correspondiente a la atención de urgencia.
- En caso de accidente debe adjuntar la correspondiente declaración de accidente, la cual puede ser solicitada a los cajeros del Servicio de urgencia.
- Liquidación de su seguro complementario, si corresponde.
- Datos de cuenta corriente del Beneficiario, para poder gestionar la devolución.
- Es deber del Beneficiario adjuntar la información correctamente, quedando el Prestador liberado de cualquier responsabilidad o atraso en la devolución solicitada si se informaron erróneamente los datos bancarios.

El Prestador se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales que permitan la mejor evaluación del caso. El contratante y/o beneficiario deberá otorgar los antecedentes solicitados en un plazo no mayor a 60 días desde la solicitud. La no entrega de los antecedentes dentro del plazo establecido dará derecho al Prestador a no otorgar los beneficios del plan asociados al diagnóstico relacionado a los antecedentes solicitados.

Es obligación del Beneficiario utilizar todas sus capas de productos de salud, incluyendo previsión y todos los seguros, previo a la aplicación de los beneficios de este Plan.

La devolución del copago se realizará en un plazo máximo de 7 días hábiles, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente informada por el Beneficiario.

En caso de que el Beneficiario sea menor de edad la devolución será realizada al titular del Plan de Salud.

6. CONDICIONES DE COBERTURA.

Para todas las atenciones de origen Traumático y no Traumático, las prestaciones cubiertas por este convenio son las siguientes:

Servicio	Prestaciones
Prestaciones Hospitalarias de Parto o cesárea	Día cama, Derecho de pabellón, exámenes de imágenes, exámenes de laboratorio, procedimientos, insumos y medicamentos.
Honorarios Médicos quirúrgicos de Parto o cesárea	Honorarios médicos y no médicos de los participantes del parto o cesárea.

Las beneficiarias tendrán acceso a los siguientes descuentos de acuerdo al porcentaje de bonificación que tengan sumando la previsión y la cobertura de los seguros complementarios, si tuvieren.

Cobertura Isapre + Seguros	Beneficio
61% - 100%	Copago \$0
40% - 60%	Copago \$400.000
0% - 40%	Bono: \$1.000.000 (*)

(*) Consiste en un descuento en la cuenta total equivalente a \$1.000.000

Se entiende por copago, la diferencia entre la cobertura del Sistema de Salud más la cobertura de los seguros complementarios que pudiere tener el paciente y el valor de la prestación que corresponda a cada paciente según el convenio que tenga su Isapre con el Prestador.

Deberá entenderse que todas aquellas prestaciones o servicios que no estén expresamente señalados en el presente Anexo no se encuentran considerados como parte del convenio. Estas prestaciones y servicios adicionales se facturarán de acuerdo al arancel que corresponda.

7. EXCLUSIONES.

El beneficio aplicará solo a pacientes que no hayan sido diagnosticados, y que durante los chequeos médicos no se les haya detectado ninguna de las siguientes patologías, antes, durante y con posterioridad al parto:

- a. Hallazgos operatorios
- b. Patologías neonatales y fetales
- c. Patologías concomitantes de la madre que requieran estudios adicionales
- d. Patologías crónicas preexistentes de la madre, tales como:
 - i. Hipertensión arterial (HTA) crónica
 - ii. Diabetes pregestacional

- iii. Enfermedades reumatológicas, renales y hematológicas. e. Pacientes con alteraciones de la coagulación y trombofilias.
- f. Pacientes en tratamiento oncológico
- g. Pacientes con tratamiento anticoagulante, con hemodiálisis o peritoneodialis.
- h. Patologías asociadas al embarazo:
- i. Placenta previa
 - ii. Triple cesarizada anterior
 - iii. Pacientes con sospecha de Acretismo placentario
 - iv. Diabetes gestacional con insulina
- i. Preclampsia severa, HELLP, Hígado graso agudo del embarazo y Eclampsia.
- j. Restricción de crecimiento intrauterino bajo el percentil 10.
- k. Complicaciones en el parto
- l. Partos con embarazos menores a 36 semanas
- m. Partos múltiples

Si se dan alguna de las situaciones descritas previamente, la cobertura otorgada será en función de la tabla de prestaciones del Plan base de salud Plus.

También quedan excluidas expresamente de este Convenio las siguientes prestaciones:

- Las hospitalizaciones y atenciones domiciliarias.
- Cirugía o procedimientos plásticos con fines estéticos.
- Gastos en prótesis, ortesis, muletas, sillas de ruedas, etc.
- Adquisición o arriendo de silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, muletas u otros similares.
- Atención particular de enfermería.
- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en general.
- Atención de lesiones que sean consecuencia de:
- Valor de sangre no repuesta al establecimiento por dadores.
- Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.
- Todos los medicamentos que sean indicados para tratamientos ambulatorios.
- Gastos del acompañante
- Cualquiera otra prestación médica derivada del actuar negligente o doloso del beneficiario y o que no corresponda con los eventos cubiertos por el presente convenio en conformidad con la cláusula tercera precedente.
- Pacientes sin Previsión Isapre
- Cualquiera otra que no se encuentre expresamente señalada en este instrumento.

En caso de que se determine que la atención se encuentre excluida de la cobertura del Convenio, por alguna de las razones antes indicadas, deberá el propio paciente o terceros, familiares o no, hacerse responsables del pago de las prestaciones médicas otorgadas a consecuencia de alguna de las circunstancias descritas precedentemente, garantizando tales pagos debidamente.

8. CIERRE DE CUENTA.

Es obligación del paciente, cerrar su cuenta Hospitalaria, posterior a su atención. En caso de no realizar dicho procedimiento, el Prestador podrá poner término de inmediato al convenio adicional, más no al Contrato Plan UC CHRISTUS Salud Plus.

Se deja expresamente establecido que los beneficiarios de este Convenio tienen que tener Previsión vigente en el sistema de Isapres, no siendo elegibles aquellos que carezcan de previsión o que estén bajo plan FONASA.

Por lo mismo anterior, este convenio terminará ipso facto y sin necesidad de declaración judicial, arbitral u otra clase, en caso de que Beneficiario deje de tener la calidad de beneficiario del sistema de Isapres, es decir en que por cualquier causa se ponga término al Contrato de Salud Previsional que mantenga o éstos no otorguen cobertura para atenciones en Clínica San Carlos de Apoquindo.

Para todos los efectos del presente Convenio, se entiende que el contratante y/o beneficiario autorizan expresamente a El Prestador, para remitir a las entidades previsionales o aseguradoras privadas de salud, los antecedentes clínicos que sean solicitados por dichas entidades u organismos fiscalizadores, incluyendo la ficha clínica, para hacer efectivos los beneficios previsionales de salud del paciente, por las atenciones brindadas.

9. DEDUCIBLE

Las prestaciones de parto o cesárea, cubiertas por este adicional, no acumularán deducible en el Plan UC CHRISTUS Salud Plus.

10. PRECIO Y MODALIDAD DE PAGO

El valor mensual de este convenio por Beneficiario es UF 1,00 IVA incluido por cada Beneficiaria del Convenio de maternidad.

El Precio total del convenio corresponderá a la suma de los precios individuales de cada una de las Beneficiarias incorporadas al adicional.

El precio se pagará por única vez en la cuota siguiente a la incorporación de la beneficiaria en el mismo medio de pagos autorizados y vigentes para el pago de las cuotas del Plan UC CHRISTUS Salud Plus.