Sermecoop
Mejor salud

RENOVACIÓN DE CONTRATO SERMECOOP

En Santiago, a 26 de Septiembre de 2016, entre la Cooperativa de Servicios Médicos SERMECOOP Ltda., Rut 70.375.900-9, representada por don **PEDRO TREBILCOCK FERNÁNDEZ**, Rut 06.241.188-0, ambos con domicilio en calle Compañía 1390 oficina 307 Santiago, en adelante SERMECOOP y MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD, Rut 69.201.000-0, representada por **LUIS ROBERTO REYES ALVAREZ**, Rut 8.818.022-4, ambos con domicilio en Comercio 603, Rio Bueno, comuna RIO BUENO, en adelante LA EMPRESA, se acuerda la siguiente renovación de Contrato firmado por las partes el día 30 de Septiembre de 2015, en los términos que a continuación se señalan:

PRIMERO: Por el presente Instrumento y a partir de esta fecha LA EMPRESA renueva el Contrato del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud de SERMECOOP, a fin de que éste proporcione todos y cada uno de los beneficios estipulados en esta Renovación, a los trabajadores y a sus cargas familiares, en la modalidad y condiciones que se indican en el presente documento.

La identificación y descripción detallada de los beneficios y prestaciones administrados por SERMECOOP, es la que se expresa en la propuesta y Anexo I, de condiciones generales adjuntas, los que firmados por las partes, se entienden conocidos por ellas y pasan a formar parte integrante del presente contrato para todos los efectos legales.

Las prestaciones médicas que no se encuentren detalladas en la Planilla de Cobertura, contenida en el Anexo I, señalado en el párrafo anterior, se entienden que serán bonificadas, siempre y cuando, no se encuentren taxativamente indicadas en el artículo 7 (de las exclusiones) del mismo.

La identificación y descripción detallada de los beneficios y prestaciones administrados por Sermecoop, es la que se expresa en la propuesta de renovación aceptada.

SEGUNDO: El Plan Complementario de Salud que regirá entre las partes a contar de esta renovación será el que se detalla a continuación:

CUADRO BENEFICIOS			
HOSPITALARIO			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Día Cama	70	SIN TOPE	30
Día Cama UTI - UCI - Intermedio	70		
Exceso de día Cama sobre 30 días	70		
Servicios Hospitalarios	70		
Honorarios Médicos Quirúrgicos	70		
Tratamiento Hospitalario GES	70		
Tratamiento Obesidad Mórbida (con o sin internación IMC =>35)	70		
Cirugía Máxilo Facial por Accidente	70		
Cirugía Máxilo Facial por Enfermedad	70		
Gasto Donante Vivo	70		
Gasto Donante Post Morten	70		
MATERNIDAD			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Parto Normal	70	10	SIN TOPE
Partos Múltiples	70		
Parto Cesárea	70	12	
Aborto no Voluntario	70	8	
Complicaciones del Parto	70	8	
AMBULATORIO			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Reembolso	50	2 UF	12
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos con Bono	50		
Procedimientos de Diagnóstico con Reembolso (Incluye Yeso)	50	SIN TOPE	15
Procedimientos de Diagnóstico con Bono (Incluye Yeso)	50		
Procedimientos Terapeúticos con Reembolso	50		
Procedimientos Terapeúticos con Bono	50		
Terapia Ocupacional GES con Reembolso	50		
Terapia Ocupacional GES con Bono	50		
Kinesiología con Reembolso	50		
Kinesiología con Bonos	50		
Consultas Médicas con Reembolso	60	0.5	SIN TOPE
Consultas Médicas con Bono	60		
Diagnóstico GES con Reembolso	60		
Diagnóstico GES con Bono	60		
Seguimientos GES con Reembolso	60		
Seguimientos GES con Bono	60		
Fonoaudiología con Reembolso	60	0.4	
Fonoaudiología con Bonos	60		
Cirugía Láser Ocular *	70	SIN TOPE	5
Cirugía Ocular (Excluye Láser)	70		
Cirugía Ambulatoria	70		10
MEDICAMENTOS			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Drogas Antineoplásicas	45	SIN TOPE	8
Drogas Inmunosupresoras	45		
Medicamentos Ambulatorios (Marca)	45		
Medicamentos Ambulatorios (Genéricos)	100		
OPTICA, PROTESIS Y ORTESIS			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Prótesis (excluye prótesis dentales) y Ortesis	50	SIN TOPE	5
Plantillas Ortopédicas	50		
Aparatos Auditivos	50		5
Marcos, Cristales Opticos	50		2
ADICIONALES			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Servicio de Ambulancia	50	SIN TOPE	10
PSICOLOGIA Y PSIQUIATRÍA			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica, Psicopedagogía	50	0.5	SIN TOPE
(Idem coberturas Psiquiatría y Psicología GES)	50	0.5	
Hospitalización Psiquiatrica	50	SIN TOPE	10

"Cirugía Óptica: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía Lásik o similares, siempre y cuando el beneficiario acredite la necesidad del procedimiento. Se considera cualquier grado de dioptría. Se incluye dentro de la Cirugía Óptica el tratamiento quirúrgico del Pterigion. Se considera cirugía óptica, aquella realizada por el médico especialista en oftalmología, aplicada al globo ocular, vías ópticas y anexos.

Cobertura Dental:

CUADRO BENEFICIOS			
DENTAL			
	% Bonificación	Tope / Evento (UF)	Tope/ Anual (UF)
Peridoncia	40	SIN TOPE	5
Endodoncia	40		
Ortodoncia	40		
Protesis Fija	40		
Cirugia Bucal	40		
Operatoria Dental	40		
Radiologia	40		
Disfuncion	40		
Odontopediatria	40		
Urgencia	40		
Protesis removible	40		
Implantologia	40		
Laboratorio	40		
Diagnostico	40		
TOPE ANUAL 300 UF			

Las partes acuerdan que a contar de esta fecha el aporte mensual que deberá pagar LA EMPRESA a SERMECOOP será de acuerdo a la siguiente tabla:

VALORES (UF)	
APORTE UNICO	0.5862

Se entiende por cargas legales las reconocidas por la caja de compensación correspondiente, o entidad competente, las que deberán ser debidamente acreditadas por certificado que emita dicha institución.

Se incluye dentro de las prestaciones, la contratación a favor, exclusivamente de los trabajadores de LA EMPRESA beneficiarios del contrato y excluidas expresamente sus cargas familiares, un Seguro de Vida. Al efecto, LA EMPRESA pagará los aportes adicionales que se señalan en los esquemas que se transcriben a continuación, respecto de cada uno de los riesgos, beneficios y cobertura que estos señalan:

SEGURO DE VIDA		
COBERTURA	CAPITAL ASEGURADO (UF)	PRIMA MENSUAL (UF)
Fallecimiento	250	0.0407
Muerte Accidental	250	
* Cobertura sólo para titulares		

A los efectos de hacer exigible la indemnización que corresponde efectuar a la compañía de seguros, los trabajadores beneficiarios deberán presentar, previamente, la declaración de salud que exiga dicha compañía. Con todo, dicha declaración deberá ser presentada dentro del plazo de 30 días siguientes al inicio de la vigencia del presente convenio.

TERCERO: Los beneficiarios actuales no deberán cumplir periodos de carencia.

Podrán incorporarse a los beneficios del presente convenio, en calidad de beneficiarios, las personas recién contratadas por la empresa, con sus respectivas cargas o nuevas derivadas de matrimonio, nacimiento o adopción. La incorporación se debe hacer a través de un formulario que SERMECOOP proporcionará para tales efectos y el cual deberá ser visado por la empresa.

En todo caso, solo podrán hacer uso de los beneficios de Sermecoop los trabajadores activos de LA EMPRESA, esto es, con contrato de trabajo vigente u otra forma de contratación que lo ligue en forma permanente a ella y las cargas familiares de ellos incluidos en el listado señalado en la cláusula anterior.

La población total del presente Convenio no podrá disminuir en menos de un 80% con respecto al N° de trabajadores al inicio de esta renovación.

La desvinculación de un trabajador con LA EMPRESA pondrá término a este contrato y sus beneficios, respecto de este trabajador.

CUARTO: Esta renovación de contrato contempla la aceptación de las enfermedades preexistentes de los beneficiarios y cargas actuales de LA EMPRESA y vigentes en el sistema de SERMECOOP.

QUINTO: Los gastos no bonificados por el sistema de salud, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de éstos, a los cuales se les aplicaran los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúan de esta norma: medicamentos ambulatorios, óptica y dental.

En el caso de las prestaciones Hospitalarias (Días cama, cirugías, UTI, UCI, pabellones, insumos, honorarios médicos, medicamentos hospitalarios, exámenes hospitalarios, tratamientos hospitalarios) se dará un plazo máximo de 60 días desde que se emite el documento de pago. Además, se acepta como plazo máximo 6 meses desde la fecha en que se efectúa la prestación.

Las prestaciones realizadas fuera del país serán bonificadas hasta los topes indicados en el plan, después de la cobertura ISAPRE o FONASA, de lo contrario se daría en relación a lo expuesto en el párrafo

anterior. Sin embargo, esta condición regirá siempre y cuando dichos gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no exista dentro del territorio Nacional.

SEXTO: Es prioritario y obligatorio que el beneficiario haga uso en primera instancia de la bonificación otorgada por su plan de salud, en segundo lugar, y, en el caso que corresponda, debe activar GES o CAEC; en tercer lugar actúa, si existiere beneficios de salud complementarios en su empresa u otra entidad, finalmente SERMECOOP entregará la bonificación acordada en el plan.

Si el trabajador no activase las coberturas que otorgan protección financiera o bien, si no se atiende en la red de GES – CAEC, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de éstos, a los cuales se les aplicaran los porcentajes y topes del plan contratado.

SÉPTIMO: Los aportes asociados al presente contrato, deberán enterarse por LA EMPRESA a SERMECOOP el día **10 del mes siguiente**. LA EMPRESA deberá efectuar los aportes y pagos asociados al presente contrato, aun cuando ésta no haya efectuado los descuentos que corresponda, de las remuneraciones de sus trabajadores.

El atraso en estos pagos por parte de LA EMPRESA devengará un interés correspondiente al Interés Máximo Convencional para operaciones de crédito en dinero no reajustables, por todo el período del retardo.

Sin perjuicio de lo anterior, SERMECOOP se reserva el derecho de suspender el otorgamiento de beneficios hasta que se verifique el pago de los aportes y demás descuentos asociados que se encuentren vencidos. La reiteración del atraso en los pagos señalados se considerará incumplimiento de las obligaciones de LA EMPRESA y será causal de término de contrato.

Los pagos se efectuarán en los formularios y con los procedimientos administrativos que proporcione la Administración de SERMECOOP.

OCTAVO: Será obligación de los beneficiarios del presente contrato, o de quien los represente en virtud de éste, requerir el pago de las prestaciones a las que SERMECOOP se compromete, mediante la presentación de la solicitud respectiva y de los antecedentes fidedignos, auténticos y originales de los

comprobantes legales que acrediten el precio y naturaleza de los servicios médicos y dentales cuyo cofinanciamiento se requiera a SERMECOOP.

A los efectos, SERMECOOP establece una Unidad de Contraloría. En caso de duda por parte de la Contraloría de SERMECOOP, sobre la procedencia del pago de alguna prestación, éste no será efectuado mientras no se acredite debidamente su fundamento. LA EMPRESA, hará las gestiones necesarias a fin de que se efectúen las aclaraciones respectivas y procurará, en su caso, la comparecencia personal del beneficio para practicar las comprobaciones correspondientes.

En el caso de impetrarse u obtenerse indebidamente un beneficio, mediante acciones fraudulentas, como la presentación de comprobantes falsos o falsificados, adulterados o confeccionados de manera irregular, la persona que los haya presentado será excluida del presente convenio y expulsada de la cooperativa en caso que sea socia de ella.

Asimismo, SERMECOOP informará en detalle sobre la materia a las autoridades de la empresa y de la organización de trabajadores a la que pertenezca el responsable, sin perjuicio de las acciones penales y civiles que correspondan para la sanción de las conductas ilegales y la reparación de los perjuicios causados por tal conducta.

NOVENO: Los documentos proporcionados por los socios y beneficiarios a la cooperativa para el ejercicio de los derechos que contempla el estatuto social y el presente convenio, pertenecerán a la Cooperativa. El beneficiario siempre tendrá derecho a solicitar copia de los mismos en el caso que el documento solicitado sólo se refiera a sus propios antecedentes y cuya antigüedad no sea superior a 6 (seis) meses.

Cumpliéndose las condiciones señaladas precedentemente, la Cooperativa tendrá un plazo máximo de 30 (treinta) días hábiles para la entrega de cualquier copia de documento solicitado por escrito, a contar de la fecha de la solicitud.

DECIMO: La presente renovación de contrato tendrá vigencia a contar del **01 de Septiembre de 2016 hasta el 30 de Agosto de 2017.**

En el lapso que media entre los treinta y sesenta días, antes de cumplirse el período de vigencia de este contrato, SERMECOOP informará a LA EMPRESA, los montos a pagar por cada trabajador asociado durante el próximo período. Durante el mismo plazo LA EMPRESA tendrá derecho a solicitar a SERMECOOP la evaluación de este nuevo precio y/o solicitar una nueva propuesta. En caso de que LA EMPRESA no acepte los nuevos montos o la nueva propuesta, tendrá derecho a solicitar el término del presente contrato a lo menos con 30 días de anticipación al término de la vigencia del mismo, de no existir este aviso, SERMECOOP entenderá por aceptada la propuesta de renovación.

En todo caso, la terminación de la vigencia de este contrato no libera a LA EMPRESA del pago a SERMECOOP de los aportes y de toda otra suma de dinero cuyo pago se haya devengado y se encuentre pendiente a la fecha de la terminación de este contrato.

Con todo, SERMECOOP podrá poner término anticipado al presente contrato y sin expresión de causa avisando mediante carta certificada al domicilio de la otra parte con a lo menos 30 días de anticipación.

Sin perjuicio del plazo de 60 días establecido para presentar documentos para reembolso, al término del respectivo contrato se otorgará un plazo único de 30 días para presentar aquellos documentos que provengan de prestaciones incurridas durante la vigencia del contrato y que no se hayan presentado antes de la fecha de su término

Salvo autorización expresa de SERMECOOP, no se dará cobertura a prestaciones incurridas en operativos coordinados por LA EMPRESA, ya sea que estos se realicen al interior de la misma o en dependencias de un tercero.

PEDRO TREBILCOCK FERNANDEZ
GERENTE GENERAL
SERMECOOP LTDA
RUT Nº 70.375.900-9

LUIS ROBERTO REYES ALVAREZ
ALCALDE
MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD
RUT Nº 69.201.000-0

CLAUDIA VERONICA BRULE PUENTES
JEFE DE GESTION DE LAS PERSONAS
MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD
RUT Nº 69.201.000-0

ANEXOS DE CONVENIO CONDICIONES PARTICULARES
SERMECOOP LTDA. Y MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEXO N° 1

ARTICULO N° 1: DEFINICIONES

Para los efectos del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP, se entiende por:

1. **LA EMPRESA**: MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD, Socia de la Cooperativa SERMECOOP LTDA., que suscribe este Convenio con SERMECOOP LTDA., y asume las obligaciones que se deriven del mismo, excepto las que por disposiciones de este o por su naturaleza deben ser cumplidas por el beneficiario. LA EMPRESA asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante y debe informar a los beneficiarios u otros legítimos interesados sobre la contratación del plan, sus condiciones y modificaciones.

2. **PERMANENCIA:** El Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP, beneficia a todos los trabajadores vinculados a LA EMPRESA, mediante un contrato de trabajo.

3. **REINCORPORACION:** El plazo para reincorporarse a SERMECOOP LTDA., una vez realizada una renuncia, es de doce (12) meses y para hacer válida su reincorporación deberá completar el formulario de incorporación que SERMECOOP LTDA., proporcionará para tales efectos, el cual será evaluado por el Área de Operaciones para verificar que el tiempo transcurrido se ajuste a los doce (12) meses establecidos.

4. **ENFERMEDAD**: El conjunto de alteraciones morfológicas, estructurales o funcionales en un organismo debido a causas internas o externas que amerite tratamiento médico, quirúrgico o psicológico. No se considera como enfermedad las afecciones corporales auto infringidas intencionalmente por el beneficiario.

5. **ACCIDENTE**: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del beneficiario ocasionándole una o más lesiones físicas.

6. **ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)**: Es el índice que relaciona el peso y estatura de una persona y mediante el cual se determina la condición de bajo peso, peso normal, sobrepeso,

obesidad y corresponde al cuociente entre el peso expresado en kilos y la estatura en metros, elevado al cuadrado. Para todos los efectos, se evalúan las patologías con IMC mayor o igual a 35%.

7. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE**: Cualquiera enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al beneficiario y que haya sido conocido o diagnosticado con anterioridad a la fecha de incorporación al Plan Complementario de Salud.

8. **MÉDICO**: Toda persona habilitada y autorizada legalmente para practicar la medicina humana y calificada para efectuar el tratamiento requerido, según el artículo 112 del Código Sanitario.

9. **HOSPITAL**: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las 24 horas y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos, con excepción del beneficio de salud mental, en los que estos recintos se entenderán incluidos en la definición de hospital.

10. **HOSPITALIZACIÓN**: Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un hospital, por prescripción médica, utilizando el servicio de habitación y atención general de enfermería, **pernoctando** en el recinto hospitalario.

11. **CIRUGÍA AMBULATORIA:** Es aquella cirugía que requiera el beneficiario si sufriera alguna incapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, **sin pernoctar** en el recinto hospitalario.

12. **GASTOS AMBULATORIOS**: Son los gastos médicos incurridos por el beneficiario a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su hospitalización, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en un hospital.

13. **MEDICAMENTO:** Para efectos de este Plan Complementario de Salud se entenderá por medicamento un fármaco, principio activo o conjunto de ambos, integrado en una forma farmacéutica alópata u homeopática, destinado para su utilización en las personas,

formulado con propiedades para tratar, aliviar o curar una incapacidad, registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y recetado por un médico.

No se considera medicamento aquellas sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos, con propósito de cosmética o de higiene, ni aquel que sea catalogado como producto de tratamiento experimental o alternativo. Los fármacos dermatológicos, antroposóficos y recetario magistral, requieren Declaración de Salud para evaluación de entrega de beneficio. Las vitaminas tienen cobertura acotada a las embarazadas y menores de 1 año, estableciendo que en el caso de las beneficiarias que cursan un embarazo, la receta debe indicar las semanas de gestación para poder entregar el beneficio.

14. **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTO MÉDICO:** Corresponde a la petición de reembolso de gastos médicos por parte del beneficiario mediante la entrega del formulario Cobro de Reembolso junto a los documentos que respalden el gasto. La solicitud de reembolso de gasto médico podrá comprender uno o varios gastos médicos incurridos por los beneficiarios.

15. **INSUMOS:** Para los efectos de este Plan Complementario de Salud, son aquellos elementos utilizados para los procedimientos de diagnóstico o terapéutico, correspondiendo a todos aquellos inherentes o necesarios para el tratamiento médico. No se consideran dentro de esta definición: termómetros, productos de higiene personal, vendas elásticas si la cirugía no es de extremidades, medicamentos dermo-cosméticos en general, cortes de pelo, postura de aros, depilaciones, llamadas telefónicas, publicaciones de avisos en el diario, gastos del o los acompañantes, etc., a excepción de los menores de edad, en cuyo caso y de acuerdo a lo establecido en su sistema de salud se incluyan los gastos del acompañante. No serán considerados si su sistema de salud no los bonifica.

16. **CIRUGÍA:** Parte de la medicina que tiene por objeto curar una incapacidad por medio de la ejecución sobre el cuerpo humano, con ayuda de instrumentos adecuados, de diversos actos curativos, como extirpar, amputar, implantar, corregir, coser, etc., en los órganos, miembros o tejidos.

17. **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS:** Aquellos procedimientos no quirúrgicos, efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano para identificar o tratar una incapacidad. Por ejemplo, Endoscopía, Fibrobroncoscopía, instalación de yeso, polisomnografía, quimioterapia, radioterapia, kinesioterapia, lodoterapia, terapia

ocupacional y similares. Estos procedimientos serán reembolsados bajo el ítem Tratamiento Especializado.

18. **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del embarazo y cuya presencia u ocurrencia afecte gravemente el desarrollo normal de éste y requiera hospitalización. Se considerarán bajo esta definición las siguientes enfermedades o dolencias: colestasia intrahepática del embarazo, placenta previa, placenta creta, preeclampsia, eclampsia, hipertensión del embarazo, diabetes gestacional, incompetencia cervical, distocia del embarazo, infección huevo ovular, rotura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro sin que haya terminado en parto, embarazo ectópico, entre otras.

19. **COMPLICACIONES DEL PARTO:** Corresponden a todas aquellas enfermedades o dolencias que estén directamente relacionadas o sean consecuencia directa del parto, tales como mala presentación del feto, desajustes del parto, corioamnionitis y endometritis, entre otras y que requieran hospitalización. Este tipo de enfermedades están asociadas al ítem Beneficio de Maternidad y podrían ser bonificadas como evento independiente si la documentación recepcionada así lo indica a través de cuentas independientes al parto.

20. **DECLARACION DE SALUD:** Declaración del beneficiario donde se indica su condición, estado de salud y enfermedades para la evaluación de la entrega de los beneficios, la cual debe ser emitida por un médico. La omisión, falsa declaración o reticencias permite a SERMECOOP LTDA., rechazar el reembolso del gasto médico.

21. **TOPE EVENTO**: Es el monto máximo que SERMECOOP LTDA., reembolsará por cada prestación descrita en el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud.

22. **TOPE ANUAL:** Es el monto máximo que SERMECOOP LTDA., reembolsará dentro de un período en el cual se determine la anualidad.

23. **EXCLUSIONES:** Prestaciones, insumos, fármacos u otros, que se excluyen de cobertura y que se encuentran debidamente señalados.

24. **COPAGO:** Monto a pagar por el beneficiario, por una prestación o grupo de prestaciones de salud, después de haber hecho uso del sistema de salud previsional u otro seguro o convenio.

25. **PORCENTAJE DE COBERTURA:** Porcentaje del copago que será reembolsado por SERMECOOP LTDA., de acuerdo a lo indicado en el Plan de Cobertura.

26. **REEMBOLSO:** Devolución del copago del gasto incurrido de acuerdo al porcentaje de cobertura indicado en el Plan de Cobertura, al tope evento y tope anual descritos en el presente Plan Complementario de Salud.

ARTICULO N°2: DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

ATENCION A BENEFICIARIOS

SERMECOOP cuenta con 7 oficinas de atención de público, para entregar información en materia de salud y detalles de los servicios atingentes a nuestro servicio.

En estas oficinas, los beneficiarios reciben atención personalizada de nuestros ejecutivos del Área de Atención al Cliente.

SUCURSALES:

Antofagasta	: Arturo Prat #461, of. 907. Edif. Segundo Gómez
Viña del Mar	: Av. Libertad 269, Oficina 206
Santiago – Casa Matriz	: Compañía 1390, oficina 304, Santiago
Santiago – La Florida	: Vicuña Mackenna Poniente 7255, oficina 415, La Florida
Talca	: Av. 3 Oriente 1 y 2 Norte n° 1235 of. 3, 2° piso
Concepción	: Chacabuco 155, segundo piso
Puerto Montt	: Avenida Presidente Ibáñez 650.

MANTENCION EMPRESA

Atención centralizada en las dependencias de MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD, 1 vez a la semana, en una jornada máxima de 3 horas en el horario y día que entre las partes acuerden.

Los servicios que entregará nuestra ejecutiva de mantención son:

- Orientación sobre nuestros Plan de Cobertura, Beneficios y Servicios
- Orientación de incorporaciones y renuncias
- Recepcionar y Gestionar documentos para reembolso
- Entrega de credenciales de farmacia
- Atención de sugerencia y quejas
- Emisión de Claves vía web

LA EMPRESA será responsable de proveer un espacio físico que permita la atención cómoda de los beneficiarios y que garantice la privacidad en la entrega de información, el que debe estar habilitado en los horarios estipulados como visita y debe contemplar:

- 1 escritorio o mesa
- 1 Silla para la Ejecutiva
- 1 Silla para quien requiere atención
- Conexión a corriente eléctrica
- Acceso a una impresora en caso de requerirse
- Conexión a Wi-fi, cuando existan problemas de señal al interior de la empresa

LA EMPRESA es responsable de difundir y coordinar todas las acciones necesarias para dar a conocer el horario de visita de la Ejecutiva.

Las visitas de ejecutivos (as) no serán reemplazadas en caso que el día de visita sea festivo. Es de responsabilidad de ambas partes coordinar en envío y despacho de la documentación pendiente.

La empresa deberá proveer de un espacio para ubicar el buzón que SERMECOOP proporcionará, para que los beneficiarios puedan depositar su documentación de reembolso u otros requerimientos hacia SERMECOOP. LA EMPRESA será responsable por resguardar la documentación que aquí se deposite, hasta la coordinación del retiro de dichos documentos.

CALL CENTER

SERMECOOP LTDA., cuenta con Ejecutivas de Atención telefónica para responder consultas, requerimientos y orientación a los Beneficiarios, como también para los encargados del Departamento de Calidad de Vida.

En esta plataforma podrá acceder a los siguientes servicios:

- ✓ Información de reembolsos
- ✓ Solicitud de claves acceso a nuestro sitio Web
- ✓ Orientación sobre Plan de Cobertura
- ✓ Información Red de Convenios SERMECOOP
- ✓ Entre otros

ARTÍCULO Nº 3: COBERTURA

SERMECOOP LTDA. Bajo las condiciones y términos que más adelante se establecen, procederá a reembolsar o pagar al beneficiario, los gastos médicos razonables y estrictamente necesarios en que haya incurrido efectivamente un beneficiario, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, a consecuencia de una incapacidad cubierta.

Los reembolsos se efectuarán de acuerdo a las coberturas y prestaciones contratadas, las cuales están expresamente señaladas en el Plan de Cobertura, y de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago expresados en ellas.

Los beneficiarios podrán solicitar los reembolsos de los gastos médicos que correspondan por las prestaciones en que incurran y se inicien durante el período en que se encuentren vigentes dentro del plan.

ARTÍCULO N° 4: DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las coberturas que podrá otorgar SERMECOOP LTDA., en virtud del presente Plan Complementario, son las que se indican a continuación.

A. BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN
B. BENEFICIO DE MATERNIDAD
C. BENEFICIO AMBULATORIO
D. BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
E. BENEFICIO DENTAL
F. BENEFICIO DE OPTICA, PROTESIS Y ORTESIS

G. BENEFICIO DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA

H. BENEFICIOS ADICIONALES

A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario.

Las prestaciones originadas de una hospitalización podrán ser las siguientes:

i. **DÍAS CAMA HOSPITALIZACIÓN:** Gasto por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al beneficiario durante su hospitalización;

ii. **SERVICIOS HOSPITALARIOS**: Gastos médicos por concepto de servicios del hospital no incluidos en la letra anterior, tales como visitas o consultas médicas intrahospitalarias, salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo o intermedio; exámenes de laboratorio e imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear, procedimientos especiales; equipos, insumos y medicamentos; otros gastos suministrados al beneficiario durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante durante la hospitalización como necesarios para el tratamiento de la incapacidad que la motivó;

iii. **HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS**: Los honorarios de profesionales médicos y arsenalera que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al beneficiario;

La cirugía Maxilofacial que requieran cirugía y cumpla con el criterio de haber pernoctado en la institución de salud, serán reembolsadas como Cirugía Hospitalaria, bajo el ítem Beneficio de Hospitalización.

B) BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Bajo este beneficio se cubren los gastos médicos incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, respecto del beneficiario titular o su cónyuge carga, y el recién nacido, a consecuencia del embarazo, parto y nacimiento. En el caso de partos para las cargas hijas del beneficiario titular, el beneficiario asociado al parto se otorgara por única vez a la carga, sin embargo, se excluirán los gastos del recién nacido incluidos en la cuenta médica. Para aquellas prestaciones que deban ser realizadas al hijo antes de nacer, SERMECOOP LTDA., otorgará cobertura

bajo el ítem correspondiente al punto iv) Complicaciones del embarazo. El parto o cesárea correspondiente a embarazos múltiples no varía el beneficio Sermecoop.

En el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud se establecerán los porcentajes y límites de reembolso o pago para cada uno de los siguientes ítems:

i. Parto normal;
ii. Cesárea;
iii. Aborto involuntario;
iv. Complicaciones del embarazo;
v. Complicaciones del parto.

Las prestaciones que se cubren bajo este Beneficio de Maternidad son todas aquellas definidas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización, todas los cuales se reembolsarán de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada ítem del Beneficio de Maternidad en el Plan de Cobertura del Plan Complementario de Salud. La parte que exceda de dicho límite se entenderá no cubierta por este Plan.

Este beneficio será pagadero sólo una vez por cada embarazo, incluyendo todas y cada una de las prestaciones relacionadas con el mismo.

El reembolso debe ser enviado a SERMECOOP con posterioridad a la fecha de alta, para evitar reliquidaciones en el caso de existir prestaciones adicionales que deban ser agregadas al beneficio.

Se reembolsarán bajo los ítems parto normal, cesárea y aborto involuntario de esta cobertura, sólo los gastos incurridos por el beneficiario titular o su cónyuge beneficiario carga y el recién nacido, hasta el tercer día de hospitalización en caso de parto normal y aborto involuntario, y hasta el quinto día de hospitalización en caso de cesárea, ambos plazos contados desde el día del parto o aborto involuntario, según corresponda. Los gastos médicos en que incurra el beneficiario titular o su cónyuge beneficiario carga, más allá del plazo de hospitalización indicado precedentemente, será considerado complicaciones del parto, si correspondiese según la definición de este concepto que se indica en el presente Plan y se reembolsará como beneficio hospitalario si las cuentas de parto y complicaciones del parto se presentan en forma independiente. Si los gastos del parto y complicaciones del parto están unificados en una misma cuenta hospitalaria se reembolsará bajo el beneficio de Maternidad. Por su parte, los gastos médicos incurridos por el recién nacido tendrán cobertura inmediata, para lo cual será necesario que su incorporación se realice en un plazo máximo de 30 días desde su nacimiento, en este caso se entenderá que la cobertura tendrá carácter retroactivo.

En el caso particular del recién nacido, hijo de madre no beneficiaria de SERMECOOP LTDA., hijo de padre beneficiario SERMECOOP LTDA., el gasto incurrido correspondiente al recién nacido, será reembolsado bajo el ítem de hospitalización. Se debe considerar que la documentación debe ser entregada en cuentas separadas de la que corresponde a la atención materna del parto o cesárea.

C) BENEFICIO AMBULATORIO:

Bajo este beneficio SERMECOOP LTDA. cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de prestaciones realizadas en forma ambulatoria, efectuadas o prescritas por un médico tratante, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Cuadro de Beneficios del presente Plan Complementario de Salud.

Bajo este beneficio las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Consultas médicas generales;
ii. Consultas médicas especialistas;
iii. Consultas médicas domiciliarias;
iv. Exámenes de laboratorio;
v. Exámenes radiológicos: imagenología, ultrasonografía y medicina nuclear;
vi. Procedimientos de diagnóstico no quirúrgicos;
vii. Procedimientos terapéuticos no quirúrgicos;
viii. Cirugía ambulatoria: Bajo esta prestación se reembolsarán los gastos médicos en que se incurra sólo por concepto de las prestaciones descritas en los puntos i), ii) y iii) de la letra A), Beneficio de Hospitalización.

D) BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS LIBRE ELECCION:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un médico, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el beneficiario deba consumir durante el periodo de vigencia del presente Plan Complementario de Salud, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

Bajo este beneficio se encuentran las siguientes categorías de medicamentos ambulatorios, las cuales deberán estar expresamente indicadas en el Cuadro de Beneficios del presente Plan Complementario de Salud. Las categorías de medicamentos podrán ser las siguientes:

Medicamentos Ambulatorios Genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;

Medicamentos Ambulatorios No Genéricos (de marca): Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia;

Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.

E) BENEFICIO DENTAL:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos dentales incurridos por concepto de atenciones odontológicas, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso establecidos para este beneficio, toda prestación dental que requiera hospitalización ambulatoria o transitoria será reembolsada como Cirugía Ambulatoria de acuerdo al punto viii) de la letra C) a excepción de los honorarios médico quirúrgicos, los que serán reembolsados bajo el beneficio dental definido. La cirugía Maxilofacial o los accidentes del tipo dental que requieran cirugía y cumpla con el criterio de haber pernoctado en la institución de salud, serán reembolsadas como Cirugía Hospitalaria, bajo el ítem Beneficio de Hospitalización.

F) BENEFICIO DE OPTICA, PROTESIS Y ORTESIS:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

Óptica: Incluye todo gasto por marcos ópticos, cristales y lentes de contacto, que sean recetados por un oftalmólogo o tecnólogo médico con el fin de corregir una malformación congénita o alteración de la visión, excluyéndose expresamente todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar la fatiga visual y los lentes del sol con graduaje óptico.

Cirugía Óptica: Comprende todos los gastos derivados del procedimiento de la cirugía Lásik o similares, siempre y cuando el beneficiario acredite la necesidad del procedimiento. Se considera cualquier grado de dioptría. Se incluye dentro de la Cirugía Óptica el tratamiento quirúrgico del Pterigion. Se considera cirugía óptica, aquella realizada por el médico especialista en oftalmología, aplicada al globo ocular, vías ópticas y anexos, excluyéndose el párpado. Este tipo de cirugía se reembolsa en forma paquetizada, es decir, se incorporan en este ítem, los gastos incurridos por honorarios médicos, insumos, fármacos y pabellón. Si es requerida alguna prótesis esta será reembolsada a través del ítem Prótesis y Órtesis.

Prótesis y Órtesis: Comprende todos los gastos derivados de aparatos protésicos, vale decir, aparatos que reemplazan, temporal o permanentemente, un órgano o parte del mismo y los gastos provenientes de la adquisición de dispositivos ortopédicos que auxilian parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez, pudiendo ser del tipo transitorio o permanente. A través de este ítem se reembolsará el gasto correspondiente a silla de ruedas, así como también bastones, muletas, colchones anti escaras, zapatos ortopédicos (beneficio aplicado a un par al año). El gasto se debe presentar junto a la Declaración de Salud respectiva cuando se trate de una órtesis. El lente intraocular utilizado en la cirugía óptica se considera una prótesis por lo que es reembolsado bajo el ítem Prótesis y Órtesis.

G) BENEFICIO DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos incurridos por concepto de toda acción, prestación o tratamiento asociado a un diagnóstico psiquiátrico o de salud mental, en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los

porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para este beneficio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud. Las prestaciones podrán ser las siguientes:

i. Gastos ambulatorios por prestaciones de Psiquiatría, Psicología o Psicopedagogía. Para los efectos de la Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico tratante;

ii. Gastos hospitalarios, en función del diagnóstico médico, independiente de la especialidad del médico o del hospital que la otorgue;

H) BENEFICIOS ADICIONALES:

Bajo este beneficio la Cooperativa cubrirá los gastos médicos correspondientes a las prestaciones y servicios que se indican a continuación, incurridos en complemento de lo que cubra el sistema de salud previsional u otro seguro o convenio, de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago señalados para cada prestación y servicio en el Plan de Cobertura del presente Plan Complementario de Salud.

Las prestaciones y servicios podrán ser los siguientes:

Traslado en ambulancia: Es el servicio de traslado vía terrestre o aérea en una ambulancia para conducir al beneficiario desde y hacia un hospital. Constituye requisito para su reembolso la Declaración de Salud realizada por el médico tratante.

Fonoaudiología: Gastos ambulatorios por prestaciones de fonoaudiología. Constituye requisito para su reembolso la Declaración de Salud realizada por el médico tratante.

ARTICULO N° 5: LIMITACIONES DE LAS COBERTURAS

Sin perjuicio de los porcentajes y límites de reembolso o pago que puedan establecerse en el Plan de Cobertura, el Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA., contempla las siguientes limitaciones de cobertura:

En aquellos casos en que el beneficiario esté afiliado a un sistema de salud previsional, Isapre o Fonasa, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso en tales instituciones, independiente de la causa que lo provoque, se considerará como gasto efectivamente incurrido al 50% sobre el gasto médico reclamado. Sobre el monto resultante se aplicarán los porcentajes y límites de reembolso o pago definidos para cada cobertura en el Plan de Cobertura del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA. Se exceptúan medicamentos ambulatorios, dental, óptica, prótesis, órtesis y diferencias hospitalarias.

Cuando las prestaciones médicas sean cubiertas por bonos emitidos por la entidad previsional a la que se encuentra afiliado el beneficiario, sólo se reembolsará de acuerdo al copago generado en la compra de los bonos, no correspondiendo reembolsar cobros o gastos adicionales por parte del prestador de salud, al monto pactado por éste, con la institución previsional.

Con todo, SERMECOOP LTDA., no reembolsará más allá del gasto médico incurrido por el beneficiario, así como tampoco más allá del monto máximo de reembolso indicado en el Cuadro de Beneficios.

ARTÍCULO N° 6: PRELACION DE BENEFICIOS

Se reconocerán como gastos médicos incurridos para los efectos del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA., el costo efectivo de las prestaciones, servicios o tratamientos, descontadas las sumas reembolsadas por iguales beneficios contratados con otras instituciones, sin perjuicio de los límites máximos establecidos en el Plan de Cobertura.

El beneficiario tendrá la obligación de informar a SERMECOOP LTDA. de la existencia de otros beneficios contratados que otorguen similares coberturas médicas o seguros que cubran la totalidad o alguno de los beneficios otorgados por este Convenio, como asimismo, de su afiliación a alguna Institución de Salud Previsional (Isapre o Fonasa).

Los beneficios de este Convenio no se duplicarán con los beneficios o coberturas de cualquier otro seguro, sistema o institución que otorgue beneficios médicos, y al cual pertenezca el beneficiario.

En consecuencia, el uso de las coberturas contratadas por las instituciones antes mencionadas, es previo y obligatorio para obtener los beneficios de la cobertura que otorga este Convenio.

ARTÍCULO N° 7: EXCLUSIONES

El presente Convenio no cubre gastos médicos en que haya incurrido un beneficiario que sean relativos a alguna de las prestaciones, medicamentos, gastos farmacéuticos, procedimientos o estudios que se indican a continuación, o se originen, o sean consecuencia o complicación de alguna incapacidad que se menciona en el presente artículo.

No obstante lo indicado, si en el Plan de Cobertura del Sistema de Beneficios Complementarios de Salud SERMECOOP LTDA.se considera cobertura para alguna prestación o servicio médico excluido mediante este artículo, se entenderá que la prestación o servicio médico se encuentra cubierto de acuerdo a los porcentajes y límites de reembolso o pago indicados en dicho Plan de Cobertura.

Se encuentran excluidos de cobertura:

1. La hospitalización para fines de reposo.

2. Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

3. Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o que tengan como finalidad corregir malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del beneficiario, a menos que sean requeridos por una lesión accidental que ocurra mientras el beneficiario se encuentra vigente en este Plan Complementario de Salud. Tampoco estarán cubiertos los tratamientos secundarios a las cirugías indicadas.

4. Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo. Lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión de alcohol, somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares, o hechos deliberados que cometa el beneficiario, tales como los intentos de suicidio, lesiones auto infringidas y abortos provocados.

5. Los siguientes tratamientos, estudios o condiciones de salud:

    i. La cirugía por obesidad, denominada como bariátrica u otras similares, independientemente de la existencia de otras incapacidades asociadas, sus tratamientos, consecuencias y complicaciones, excepto cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor a cuarenta (40%) sin comorbilidad y mayor a treinta y cinco (35%) si tiene comorbilidad asociada (diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, enfermedad coronaria y similares). Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud exclusiva de esta patología que SERMECOOP LTDA. proporcionará.

    ii. Tratamientos para adelgazar. No serán bonificados fármacos para bajar de peso como tampoco gastos por concepto de gimnasio. Se exceptúa de esta exclusión los tratamientos médicos para obesidad cuando el IMC es mayor a treinta y cinco (35%). La cobertura ambulatoria comprende los gastos por consultas médicas, consulta mensual por nutricionista, exámenes de laboratorio de control y consultas

psicológicas. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud exclusiva de esta patología que SERMECOOP LTDA. proporcionará.

iii. Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento en mayores de 12 años. Para evaluar el beneficio en los menores de 12 años, será necesario presentar la Declaración de Salud.

iv. Fármacos antagonistas LH y RH, a excepción de prescripción relacionada con diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, cáncer de próstata y cáncer de ovario. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.

v. Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, así como también los Test de Embarazo, a excepción del estudio diagnóstico y al procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por su sistema de salud.

6. Los siguientes insumos o gastos farmacéuticos no se cubrirán, aun cuando éstos sean con fines terapéuticos, ellos son:

   i. Cualquier tipo de alimento o sustituto alimenticio, aunque tenga fines terapéuticos.
   ii. Fármacos experimentales y/o alternativos.
   iii. Cremas, lociones faciales, jabones, shampoo y filtros solares que no incorporan un principio activo. Se exceptúa esta exclusión bajo los diagnósticos de LES, rosácea, vitiligo, psoriasis, cáncer de piel, acné inflamatorio y dermatitis atópica infantil. Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.

7. Lesión o enfermedad causada por:

   i. Guerra civil o internacional, sea que esta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

   ii. Participación activa del beneficiario en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

iii. Participación del beneficiario en actos calificados como delitos por la ley.

iv. Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del beneficiario. Estado de ebriedad o los efectos de drogas o alucinógenos en el beneficiario.

v. Fusión y fisión nuclear o cualquier accidente nuclear.

8. Tratamientos, visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el sólo efecto preventivo, no inherentes o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad. (Campañas y operativos no coordinados con SERMECOOP LTDA.).

9. Hospitalización domiciliaria y la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario. Se exceptúa la hospitalización domiciliaria bonificada por su sistema previsional de salud como tal.

10. Gastos por acompañantes, mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, tales como, gastos de alojamiento, comidas y otros, a excepción de los menores de edad, en cuyo caso y de acuerdo a lo establecido en su sistema de salud se incluyan los gastos del acompañante y sean bonificados por su sistema de salud.

11. Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del beneficiario, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

12. Lesión o enfermedad surgida de accidentes de tránsito, cubierta por el seguro obligatorio de accidentes personales (SOAP). La excepción corresponde a la elección por parte del beneficiario de recibir atención a través de la Libre Elección renunciando a la cobertura del SOAP.

13. Epidemias o pandemias declaradas por la autoridad competente o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente.

14. Tratamientos de iriología, reflexología y en general tratamientos médicos no tradicionales o experimentales, empíricos y también la medicina alternativa.

15. Ventilador portátil CPAP o BIPAP, para apnea del sueño. Se exceptúa el monitor de apnea en lactantes en cuyo caso para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.

16. Vitaminas, complejos vitamínicos. Se exceptúa esta exclusión bajo los diagnósticos de osteoporosis, osteopenia, cáncer de tiroides y/o paratiroides, post cirugía bariátrica, anemia, menopausia, climaterio; Para evaluar el beneficio será necesario presentar la Declaración de Salud.

17. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo, y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, la minería subterránea, los trabajos en altura o líneas de alta tensión, la inmersión submarina, el pilotaje civil, el paracaidismo, el montañismo, las alas delta, el benji, el parapente, las carreras de autos y motos, entre otros.

18. Criopreservación, así como la compra de células madre y cualquier otro tejido u órgano.

19. Gastos que no estén expresamente indicados en el Plan de Cobertura detallado en el Plan Complementario de Salud, como asimismo, gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el sistema previsional de salud.

20. No obstante lo señalado en la presente disposición las partes, de común acuerdo y mediante un Anexo a esta normativa, debidamente suscrito, podrán acordar el pago de beneficios excluidos, de manera permanente, transitoria o excepcional bajo las modalidades, cobertura y valores que se estipulen.

ARTÍCULO N° 8: REQUISITOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Constituye requisito para cualquier liquidación de beneficios por parte de SERMECOOP LTDA. Lo siguiente:

a) La entrega oportuna a SERMECOOP LTDA. de todos los documentos a liquidar. El plazo para la entrega de los gastos médicos, farmacia y hospitalarios será de sesenta (60) días desde la fecha de emisión de los documentos de pago. Sin perjuicio del plazo antes señalado, en el caso hospitalario, además, se requiere que la prestación no haya sido realizada en un plazo superior a los ciento ochenta (180) días.

b) La declaración del beneficiario si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros seguros, sistemas o instituciones que otorguen beneficios médicos al cual pertenezca el beneficiario.

c) La entrega a SERMECOOP LTDA. de los originales extendidos a nombre del beneficiario de los recibos, boletas y facturas, cuando corresponda, bonos, órdenes de atención, programas médicos u otros documentos que acrediten el gasto médico incurrido y su pago; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de parte de ellos por la entidad aseguradora, institución o entidad referidos en la letra anterior.

d) Para obtener el reembolso de gastos médicos bajo el Beneficio de Medicamentos Ambulatorios el asegurado deberá presentar una receta válidamente emitida, entendiéndose por tal aquella que contenga a lo menos lo siguiente:

i. Los requisitos establecidos por el Código Sanitario y reglamentación vigente respecto a dispensación de medicamentos;
ii. Fecha de emisión válida, es decir, no anterior a sesenta (60) días de la fecha de recepción de documentos en SERMECOOP LTDA.
iii. Nombre del beneficiario, que deberá corresponder siempre a la persona efectivamente atendida por el médico que prescribe.
iv. Nombre del medicamento, posología, duración del tratamiento y cantidad a dispensar.
v. Nombre, Rut y Firma del médico que emite la receta.

Si la receta emitida es de carácter permanente, se considera la permanencia por un período de 6 meses desde la fecha de emisión.

Con todo, la cooperativa queda facultada para solicitar, a su voluntad, los documentos adicionales que estime del caso, a efectos de aclarar la ocurrencia de un gasto y determinar su monto. Además, podrá practicar a su costa exámenes médicos al beneficiario respecto de quien se refiera la solicitud de reembolso de gastos médicos.

Sin el cumplimiento de los requisitos indicados precedentemente, SERMECOOP LTDA. no estará obligada a efectuar reembolso alguno de gastos médicos.

ARTÍCULO N° 9: PROCEDIMIENTO PARA LA LIQUIDACIÓN DE BENEFICIOS

Para realizar una correcta solicitud de reembolso se solicitan los siguientes documentos de acuerdo al tipo de prestación:

i. **Beneficio Hospitalario**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación hospitalaria, presentar programa médico valorizado, bonos asociados, estado de cuenta o prefactura del establecimiento hospitalario, boletas por diferencias hospitalarias e insumos y fármacos no cubiertos por su sistema previsional de salud.

ii. **Beneficio de Maternidad**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación de maternidad, presentar programa médico valorizado, bonos asociados, estado de cuenta o prefactura del establecimiento hospitalario, boletas por diferencias hospitalarias e insumos y fármacos no cubiertos por su sistema previsional de salud. En el caso de acceder al beneficio PAD de Fonasa el reembolso debe ser posterior a la fecha del parto, sin perjuicio de los documentos solicitados en el presente párrafo.

iii. **Beneficio Ambulatorio**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones ambulatorias, presentar los bonos, boletas detalladas, ordenes médicas en caso de exámenes; las atenciones de kinesiología requieren programa médico.

iv. **Beneficio Medicamentos Ambulatorios**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones correspondientes a medicamentos ambulatorios (farmacia), presentar boleta o factura detallada, además de la prescripción médica señalada en el artículo N°8, numeral d).

Los fármacos ambulatorios sujetos a reembolso son los dispuestos en el VADEMECUM, documento propio de SERMECOOP en el cual se encuentran todos los fármacos que poseen principio activo y autorización del Instituto de Salud Pública (ISP) para ser comercializados, pudiendo corresponder a fármacos del tipo "PERMITIDOS" o "RESTRINGIDOS" los cuales han sido analizados por el área técnico sanitaria de la Cooperativa y son revisados y evaluados en forma anual.

En el caso particular de una receta emitida como permanente, se bonificará las veces que correspondan al período indicado en ella. Si la indicación de permanente no va asociada a un número de meses finito, se entiende como permanente una duración de seis (6) meses. La receta permanente debe ser presentada en SERMECOOP para su registro, luego será devuelta con la carta SERMECOOP para que pueda acudir a los centros farmacéuticos con su reçeta original. Para las siguientes bonificaciones de la

receta permanente, debe adjuntar a la boleta o factura, la copia de la receta original o en su defecto la carta SERMECOOP de receta permanente.

v. **Beneficio de Óptica, Prótesis y Órtesis**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de las prestaciones de Óptica, presentar orden médica junto a la boleta o factura detallada. Reembolso de cirugía óptica, se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio hospitalario. Reembolso de prótesis y órtesis, presentar orden médica junto a la boleta o factura detallada.

vi. **Beneficio de Psicología y Psiquiatría**: Se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio ambulatorio. En el caso de corresponder la prestación a hospitalización psiquiátrica, se solicitarán los mismos documentos que rigen el beneficio hospitalario.

vii. **Beneficio Adicional de Traslado en Ambulancia y Fonoaudiología**: Constituye requisito para realizar el correspondiente reembolso de la prestación Traslado en Ambulancia, presentar boleta o factura detallada y la Declaración de Salud que respalde dicho traslado. Para el reembolso de la prestación Fonoaudiología, presentar Declaración de Salud que indique y respalde la derivación junto a la boleta o factura detallada.

ARTICULO N° 10: SISTEMA DE BONIFICACIÓN

SERMECOOP LTDA., proporcionará el reembolso convenido en línea (inmediato), a nivel nacional, a través de I-Med para prestaciones ambulatorias.

Para reembolsar aquellos gastos sin bonificación electrónica inmediata, SERMECOOP LTDA., proporcionará un buzón para el depósito de los documentos, el cual estará ubicado en los lugares indicados por LA EMPRESA. Este reembolso será depositado en cuenta bancaria informada a SERMECOOP. En caso que el titular no tenga alguna cuenta registrada, el beneficio será entregado en oficinas de SERVIPAG

Para la utilización y acceso para compra de medicamentos en Farmacia libre elección o la cadena de farmacias en convenio que SERMECOOP LTDA., designe, la modalidad será bajo el concepto de bonificación en el punto de venta, servicio disponible a nivel nacional. Para el uso de este beneficio SERMECOOP LTDA., proporcionará una credencial identificadora del convenio.

Los plazos máximos para llevar a cabo la bonificación están relacionados al tipo de prestación y los plazos contados en días hábiles, desde la fecha de recepción por parte de SERMECOOP LTDA.

- **BENEFICIOS HOSPITALARIOS: 10 DIAS**

  Hospitalización

  Maternidad

  Cirugía Óptica

  Cirugía Ambulatoria

- **BENEFICIOS AMBULATORIOS: 5 DÍAS**

  Medicamentos Ambulatorios (farmacia)

  Consultas

  Exámenes

  Óptica

  Prótesis y Órtesis

  Ambulancia

  Fonoaudiología

  Atención ambulatoria de Psicología y Psiquiatría

- **CONTRALORIA DENTAL: 10 DÍAS**

  Periodoncia

  Endodoncia

  Ortodoncia

  Prótesis Fija

  Cirugía Bucal

  Operatoria Dental

  Radiología

  Disfunción

  Odontopediatría

  Urgencia

  Prótesis removible

  Implantología

  Laboratorio

  Diagnostico

- **CONTRALORIA MÉDICA: 10 DÍAS**

Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse por un plazo no superior a 30 días, informando los motivos que lo fundamenten e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizarán, lo que será comunicado directamente al beneficiario.

Estos reembolsos serán cancelados a través de:

- Depósito en cuenta bancaria informada.
- Efectivo en oficinas Servipag para quienes no posean cuenta bancaria.

ARTICULO N° 11: ENTREGA DE BENEFICIOS A TRAVES DE BONO ELECTRONICO

Los beneficiarios podrán acceder a su Reembolso de manera inmediata a través de I-Med (bono emitido a través de huella digital), servicio disponible a nivel nacional para prestaciones ambulatorias como:

i. Consulta General
ii. Consulta Especialista
iii. Consulta Urgencia
iv. Exámenes de Laboratorio
v. Exámenes Radiológicos
vi. Procedimientos Diagnósticos
vii. Procedimientos Terapéuticos
viii. Fonoaudiología
ix. Kinesiología

El sistema de reembolso automático, operará únicamente:

- Para aquellas prestaciones ambulatorias señaladas precedentemente, por el plan del beneficiario.
- En los prestadores en convenio con I-Med y sujeto al convenio que estos tengan con la Isapre o Fonasa.
- Es indispensable que los beneficiarios titulares y cargas se encuentren vigentes en SERMECOOP LTDA., con RUT y fecha de nacimiento.

SERMECOOP LTDA., no será responsable de las transacciones que no puedan ser realizadas y para cualquier efecto, el beneficiario siempre tendrá derecho al beneficio señalado en el Plan de Cobertura del presente Convenio.

ARTICULO N°12: RED DE CONVENIOS MEDICOS

Se encuentran a disposición de los beneficiarios, una red de convenios, con prestadores de salud dentro de las áreas en que los beneficiarios desarrollan su actividad laboral, del tipo clínicas, hospitales, centros médicos, ópticas y farmacia. La red de convenios contempla porcentajes de descuento en sus prestaciones, para lo cual SERMECOOP LTDA., hará difusión de ellos.

En el transcurso del presente convenio, SERMECOOP LTDA., puede mejorar dicha red y generar prestadores preferenciales para las distintas prestaciones, según su frecuencia, entregando una mejor cobertura, beneficio y calidad de atención.

ARTICULO N°13: PRESTACIONES REALIZADAS FUERA DEL PAÍS

Este tipo de prestaciones, serán bonificadas hasta los topes indicados en el plan, después de la cobertura ISAPRE o FONASA, de lo contrario, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de estos, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado. Sin embargo, esta condición regirá siempre y cuando dichos gastos sean producto de una urgencia, emergencia o porque el tratamiento dado no exista dentro del territorio nacional.

ARTICULO N°14: NO ACTIVACIÓN DEL GES, CAEC O SEGURO CATASTRÓFICO FONASA

Si el Trabajador no activase las Coberturas que otorgan protección financiera como el GES, CAEC o Seguro Catastrófico de FONASA, se considerarán como gastos efectivamente incurridos al 50% de éstos, a los cuales se les aplicaran los porcentajes y topes del plan contratado.

ARTICULO N°15: OPERATIVOS

Salvo autorización expresa de Sermecoop, no se dará cobertura a prestaciones incurridas en Operativos coordinados por la empresa, ya sea que estos se realicen al interior de la misma o en dependencias de un tercero.

PEDRO TREBILCOCK FERNANDEZ
GERENTE GENERAL
SERMECOOP LTDA
RUT Nº 70.375.900-9

LUIS ROBERTO REYES ALVAREZ
ALCALDE
MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD
RUT Nº 69.201.000-0

CLAUDIA VERONICA BRULE PUENTES
JEFE DE GESTION DE LAS PERSONAS
MUNICIPALIDAD RIO BUENO , DEPARTAMENTO DE SALUD
RUT Nº 69.201.000-0