



UNIVERSIDAD
SAN SEBASTIAN
FACULTAD DE DERECHO
Y CIENCIAS SOCIALES

CECUSS

Centro de Educación Ciudadana USS

GLOSARIO SALUD LEGAL DE LOS PACIENTES

Adecuación de Plan: proceso anual y normado por ley en el cual se puede ajustar el precio del Plan de Salud.

Afiliado: persona que recibe los beneficios de un contrato de Isapre. Puede ser carga o cotizante.

Ambulatorio: atención médica que no requiere que la persona se hospede por 4 horas o más en una clínica u hospital, haciendo uso de habitación o cama.

Arancel: lista valorizada de prestaciones de salud o códigos cubiertos por el plan y que se utiliza como base para determinar los topes de bonificación definidos por las Veces Arancel.

AUGE: (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud). Denominado también como GES, es un beneficio que garantiza la atención de problemas de salud, en una red de prestadores determinada.

Beneficiario: persona que recibe los beneficios de un contrato de Isapre. Puede ser carga o cotizante.

Bonificación: monto que cubre la Isapre por una atención médica.

Bono Electrónico: ordenes de atención obtenida en el prestador en convenio con la Isapre a través de la huella digital del usuario.

Bonos u Orden de Atención: documento que entrega la Isapre al beneficiario para el pago de una atención médica. También se conoce como “Orden de Atención” y tiene una vigencia de 30 días desde su emisión.

CAEC: (Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas). Beneficio adicional al plan de salud, cuyo objetivo es dar cobertura en una red determinada por la Isapre, a enfermedades de alto costo cuyo tratamiento es hospitalario.

Canasta GES: indica las atenciones, servicios médicos y/o medicamentos que se incluyen y tiene cobertura para el tratamiento de cada uno de los problemas de salud del GES.

Carencia: atención o servicio médico que no tendrá cobertura, por una situación específica y particular relacionada con el beneficiario que la posee.

Cargas: todas las personas (familiares o no familiares) que el cotizante incluye en su contrato de salud para que obtengan los beneficios y coberturas contratadas con la Isapre.

Cobertura Mínima: es el mínimo porcentaje de cobertura que puede ofrecer un plan de salud. Está estipulado por Ley y corresponde al 25% del valor de la prestación.

COMPIN: (Comisión de medicina preventiva e invalidez). Entidad que regula los reclamos por modificación o rechazo de licencia médica o desacuerdos con el cálculo del monto del subsidio por incapacidad laboral.

Contrato de Salud: acuerdo escrito entre la Isapre y el cotizante, donde quedan establecidos los derechos y deberes del cotizante y de la Isapre para obtener los beneficios y/o cobertura de salud.

Convenio Bono Costo Cero: Atención médica sin costo o con un costo muy conveniente para el cliente, que podrá obtener en algunos Centros Médicos o Clínicas en convenio especial con la Isapre.

Convenio: acuerdo entre la Isapre y profesionales médicos, paramédicos, dentistas, clínicas, hospitales o cualquier institución que preste atenciones de salud, para permitir la atención de beneficiarios con condiciones preferentes.

Copago: lo que paga el cliente en una atención médica.

Copago Fijo: valor fijo e invariable a pagar por ciertas atenciones de salud.

Cotización Legal Obligatoria: es el monto mínimo que, por Ley, se descuenta a todo trabajador dependiente o pensionado. Corresponde a un 7% de la remuneración o renta imponible con un tope de UF 4,529.

Cotización Mal Enterada: pago de cotización ingresado en forma errónea a una institución distinta a la que corresponde.

Cotización Pactada: es el monto mensual a pagar a la Isapre, estipulado en el Contrato de Salud.

Cotización Pagada: es el monto mensual efectivamente pagado a la Isapre, estipulado en el Contrato de Salud.

Cotización: monto equivalente al precio del plan de salud complementario contratado, incluye la cobertura GES (AUGE), las coberturas propias del plan y los beneficios adicionales contratados.

Cotizante: persona que suscribe el contrato con la Isapre, quien además de recibir los beneficios contratados, adquiere la responsabilidad del pago de las cotizaciones.

Deducible GES o CAEC: monto de dinero sobre el cual comienza a operar la Cobertura Adicional en el caso de GES o CAEC.

Desafiliación: consiste en dar término a un contrato de salud por parte del afiliado.

Desahucio: consiste en dar término al contrato de salud por parte de la Isapre.

Día Cama: incluye el uso de la infraestructura de una habitación y cama en una clínica u hospital.

Diferencia de Cotización: tiene lugar en el caso que la cotización pagada es menor a la cotización pactada.

Emergencia o Urgencia: toda condición de salud o cuadro clínico que implique poner el riesgo la vida de una persona. Excedentes: diferencia positiva para el cliente que se produce cuando la cotización pactada es menor a la cotización mínima de salud establecida por Ley (7%).



Excesos: diferencia pagada por el afiliado a la Isapre por sobre la cotización pactada. y/o por sobre la cotización legal (7%).

Exclusiones: son las atenciones médicas que no tendrán cobertura, ya sea por un tiempo determinado o de forma indefinida.

FUN: (Formulario Único de Notificación). Documento contractual

que recoge la información del cotizante, de las cargas, del Plan de Salud y de la cotización a pagar.

GES / CAEC: beneficios que permite dar cobertura con copago conocido a las atenciones no contenidas en el GES (AUGE), pero que son necesarias para resolver alguno de los 56 problemas de salud garantizados.

GES: garantías Explícitas en Salud. Conocido como AUGE, es un beneficio integral de salud que garantiza la atención de problemas de salud, en una red de prestadores determinada.

Hospitalario: atención médica de mayor complejidad que requiere el uso de más de 4 horas de cama en una clínica u hospital.

Isapre: (Institución de Salud Previsional). Sistema privado que otorga servicios de financiamiento de atenciones y beneficios de salud.

Licencia Curativa: permiso por enfermedad que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo con el fin de recuperar su salud.

Licencia de Hijo Menor: permiso que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo con el fin de cuidar la recuperación de la salud de un hijo menor de 1 año con alguna enfermedad grave.

Licencia Maternal: licencia entregada a mujeres en el período pre y post natal.

Licencia Médica: permiso que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo para recuperar su salud, certificado por un médico cirujano, dentista o matrona, reconocida por el empleador y autorizada por la Isapre o un Servicio de Salud.

NPV (Nómina de Prestaciones Valorizadas): cartilla que informa el monto de cobertura en pesos, para atenciones médicas de uso más frecuente o de mayor costo.

Orden de Atención: documento que entrega la Isapre al beneficiario para el pago de una atención médica. También se conoce como “Bono” y tiene una vigencia de 60 días desde su emisión.

Paciente Estabilizado: paciente que, a pesar de tener un problema de salud, se encuentra en condiciones de ser trasladado, sin poner en riesgo su vida o agravar la enfermedad.

Pagado / Pactado: porcentaje de la cotización de salud pactada, que efectivamente fue pagada a la Isapre.

Patología: enfermedad o problema de salud.

Periodo de Carencia: tiempo definido durante el cual el afiliado no tendrá derecho a la cobertura del tratamiento de una determinada enfermedad.

Plan Compensado: plan que es financiado por más de una persona, ambos cotizantes de la Isapre y donde uno aporta parte de su cotización al otro con el objeto de mejorar los beneficios. También se conoce como plan matrimonial.

Plan de Salud: conjunto de beneficios y coberturas para los distintos tipos de atenciones médicas, contratadas por el cotizante.

Plan Libre Elección: plan de salud que permite la atención en cualquier centro médico con igual condición de cobertura.

Plan Preferente: plan de Salud que además de la modalidad Libre Elección, ofrece mejores coberturas al atenderse en un determinado centro médico o clínica asociadas al plan.

Porcentaje de Cobertura: porcentaje que cubrirá Isapre sobre el valor total de una atención médica. Puede ser con tope o sin tope, esto dependerá del plan y del tipo de atención.

Preexistencia: problemas de salud diagnosticados o tratados con anterioridad a la firma del contrato.

Prestador en Convenio: profesionales médicos, paramédicos, dentistas, clínicas, hospitales o institución de salud que mantengan un acuerdo de atención preferente para los clientes de la Isapre, a través de bonos de atención, con tarifas conocidas y acordadas previamente.

Prestador Preferente: profesionales médicos, clínicas, hospitales o institución de salud con coberturas y beneficios preferenciales para clientes con un determinado plan de salud.

Prestador: profesionales médicos, paramédicos, dentistas, clínicas, hospitales o cualquier institución que otorgue atenciones de salud.

Programa Médico: formulario requerido por Isapre para gestionar la cobertura y emisión de las órdenes de atención para prestaciones tales como: intervención quirúrgica, hospitalización médica o ambulatoria. Este documento debe estar completado y firmado por el médico tratante.

Red de Prestadores: conjunto de profesionales médicos, paramédicos, dentistas, clínicas, hospitales o cualquier institución que preste atenciones de salud.

RED GES o AUGE: red de prestadores definidos por Isapre para dar cobertura a GES.

Reembolso: pago que realiza la Isapre a un beneficiario, después de haber efectuado un gasto médico sin bono. Debe ser solicitado dentro del plazo de 60 días corridos contado desde la fecha de emisión de la boleta o factura. **Riesgo Vital:** situación en que la persona tiene una alta probabilidad de perder la vida.

Siniestralidad: porcentaje de los ingresos que Isapre destina al pago de prestaciones de salud, licencias médicas y otros gastos en que incurren sus afiliados.

Subsidio por Incapacidad Laboral: pago de la licencia médica por parte de la Isapre.

Tabla de Factores de Riesgo: cuadro que muestra el factor de riesgo para cada tipo de beneficiario, según el sexo y edad que corresponda. Esta tabla va impresa en cada Plan de Salud Complementario.

Tarifa Base: monto en UF de cada Plan de Salud, el cual debe multiplicarse y sumarse con otros factores, para obtener la cotización total a pagar.

Tope: monto máximo a cubrir sobre una atención de salud.

Tope de Bonificación: monto máximo a cubrir sobre una atención de salud. **Veces Arancel:** número por el cual se deberá multiplicar el arancel para calcular la cobertura para una atención médica.

