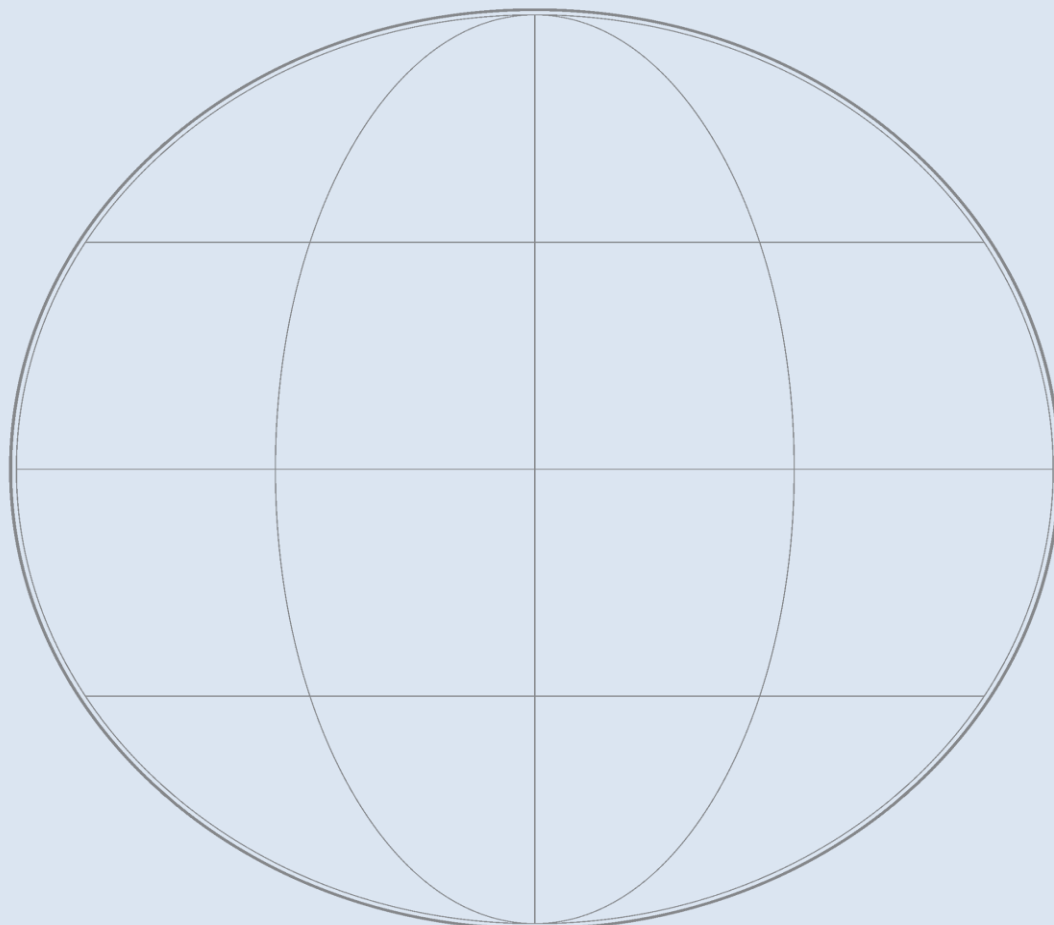


Procedimiento

Activación GES

PD-ICB-GGA-171



ÍNDICE

1.- OBJETIVO.....	3
2.- ALCANCE	3
3.- DESARROLLO	4
4.- RESPONSABILIDADES.....	10
5.- DOCUMENTACIÓN RELACIONADA	10
6.- CONCEPTOS Y DEFINICIONES.....	10
7.- CONTROL DE CAMBIOS	10
8.- APROBACIÓN	11
9.- ANEXOS	12

1.- OBJETIVO

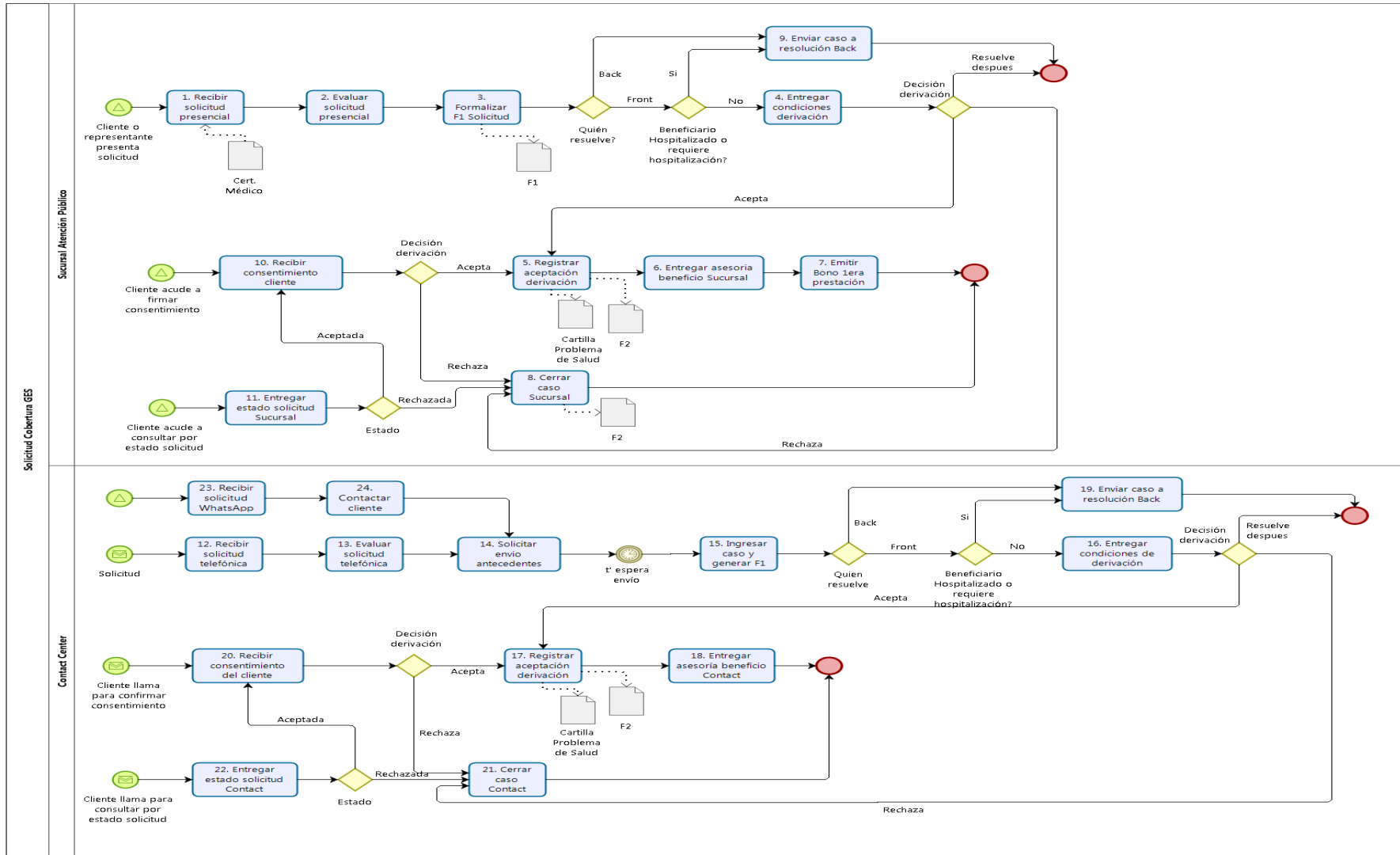
El procedimiento tiene por objetivo definir y establecer las acciones y controles necesarios para el cumplimiento de la Garantía de Oportunidad por parte de los prestadores de la red GES.

2.- ALCANCE

El presente procedimiento puede ser consultado por cualquier colaborador de CruzBlanca y estará a disposición para ser utilizado como referencia o para ser analizado.

Este procedimiento requiere de su correcta aplicación y cumplimiento por parte de los colaboradores de Isapre CruzBlanca cuyas funciones se relacionan con esta tarea y debe ser revisado por su dueño al menos una vez al año o cuando se produzca algún cambio que lo afecte.

3.- DESARROLLO



Actividades	
Nombre Actividad	Descripción Actividad
Inicio Proceso	Solicitud Cobertura GES - Sucursal
1. Recibir solicitud presencial	El(la) Asistente de Servicio de la Sucursal identifica al beneficiario o representante y recepciona de parte de él la solicitud de cobertura GES, con la notificación médica correspondiente al problema de salud.
2. Evaluar solicitud presencial	El(la) Asistente de Servicio ingresa los datos del beneficiario al Sistema CBClic transacción Casos Médicos para verificar los requisitos de ingreso de acuerdo a la indicación médica presentada. Para el caso de Patologías con confirmación diagnóstica, el formulario de constancia al paciente GES entregado por el prestador es el único documento exigible al beneficiario para efectuar tal solicitud. Por su parte, en caso de que se trate de una sospecha, bastará el certificado médico respectivo. Asimismo, en el caso de un diagnóstico realizado por profesionales que sean parte de la red de prestadores convenida por la Isapre, el acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica. Cumpliéndose los requisitos, procede al ingreso de los datos requeridos por la aplicación, teniendo especial cuidado en los datos de contacto, los que son relevantes para el seguimiento e información del caso. Debe además dejar registro si el paciente se encuentra hospitalizado o con indicación de hospitalización.
3. Formalizar F1 Solicitud GES	El(la) Asistente de Servicio una vez completado el ingreso de los datos solicitados por la aplicación procede a imprimir el Formulario 1 (Solicitud GES) para entregarlo al beneficiario o representante para su firma. Una vez firmado debe digitalizarlo junto a la Notificación Médica y Carnet de Identidad en caso de quien presente la solicitud sea un tercero, para adjuntarlos al caso en la aplicación. Deja copia de documentos originales en archivo local.
4. Entregar condiciones de derivación	El(la) Asistente de Servicio procede a ingresar los datos para generar el Formulario 2 (derivación) registrando los antecedentes del beneficiario o su representante. La aplicación en este paso procede a calcular el deducible anual y el(la) Asistente de Servicio debe seleccionar Prestador de la red, Farmacia Ambulatoria, Hito y Canasta correspondiente a la intervención sanitaria según la indicación médica.
5. Registrar aceptación derivación	El(la) Asistente de Servicio imprime el formulario de derivación (F2) para entregarlo al beneficiario o representante con el objeto que proceda a su firma. - La decisión de aceptación de la derivación queda registrada por el(la) Asistente de Servicio en la aplicación de casos médicos.
6. Entregar asesoría beneficio Sucursal	El(la) Asistente de Servicio una vez aceptada la derivación debe orientar al beneficiario o representante en los siguientes aspectos relevantes del proceso y contenidos en la cartilla del Problema de Salud: - Plazos respecto del cumplimiento de la Garantía de Oportunidad del Hito de ingreso cuyo retraso, de producirse, debe ser informado a la Isapre a través del canal telefónico, WhatsApp o directamente en Sucursales para gestionar la efectiva atención. - Forma de acceder al beneficio convenida con el Prestador que puede ser: o Notificación electrónica desde la Isapre indicando que será contactado por el prestador en los próximos días o

	<ul style="list-style-type: none"> ○ El paciente debe contactar al prestador para agendar hora y acceder al beneficio presentando el formulario de derivación (F2) y Orden de Atención respectiva. - Forma de obtener las ordenes de atención para prestaciones futuras (Sucursal o canal WhatsApp) enviando o presentando las indicaciones médicas de la red de forma inmediata, posterior a la respectiva prescripción médica, para el registro, orientación y asignación oportuna de Canastas, Copagos, Cobertura de las Prestaciones GES CAEC, Farmacia Ambulatoria. - Una vez asignada la canasta el cliente debe concurrir a la farmacia asignada con la orden médica para el retiro de los medicamentos indicados por el prestador de la Red. - Informar Canales de comunicación frente a cualquier urgencia que requiera atención médica impostergable, redes de Prestadores en casos de requerir hospitalizaciones y cuando tenga indicación de hospitalización programada. - Informar que debe comunicar a la Isapre situaciones de insuficiencia o incumplimiento del plazo de oportunidad por parte del prestador, que puede solicitar una segunda opinión médica, su decisión de no atenderse en el prestador asignado, a través de los canales habilitados (Sucursales, Call Center, WhatsApp). La respuesta de la Isapre en estos casos será por la misma vía de ingreso de la notificación y en los plazos normativos vigentes. - Comunica que frente a cambios de prestador producto de término de convenio u otra causa que impida el cumplimiento de las garantías le informará formalmente por escrito al beneficiario de 18 años o más y al cotizante, en caso de menores de 18 años, a través de carta enviada a la dirección registrada en el contrato, resguardando la confidencialidad del diagnóstico para diagnósticos sensibles. - La Isapre frente a cambios de prestador considerará la situación de salud o estado del tratamiento de modo de asegurar que las prestaciones puedan continuar otorgándose en tiempo, oportunidad y calidad en el nuevo prestador asignado.
7. Emitir Bono 1era prestación	<p>El(la) Asistente de Servicio completado el proceso de formalización y aceptación de la Red y prestador procede a generar la Orden de Atención para la primera prestación.</p> <p>En caso de no optar por la emisión inmediata el beneficiario puede solicitar la emisión a través del canal WhatsApp o directamente en los prestadores con convenio IMED activo para GES.</p> <p>Para las prestaciones solicitadas por la red puede utilizar los mismos canales enviando o presentando las ordenes médicas respectivas.</p>
8. Cerrar caso Sucursal	<p>Frente al rechazo de la derivación por parte del beneficiario o su representante, el(la) Asistente de Servicio procede a emitir el Formulario de derivación y solicitar la firma en el recuadro de rechazo.</p> <p>La decisión de rechazo de la derivación debe quedar registrada por el(la) Asistente de Servicio en la aplicación de casos médicos. La copia digital firmada del formulario se anexa al caso.</p>
9. Enviar caso a resolución back	<p>El(la) Asistente de Servicio producto de la indicación sistémica de derivación del caso a administración back office o producto de una hospitalización procede a realizar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al beneficiario o representante que la derivación (F2) estará disponible en un plazo máximo de 2 días hábiles para firma de Consentimiento de Aceptación o Rechazo a la derivación en cualquier sucursal de atención de público o a través del Servicio que

	<p>opera en Contact Center (Call Center Isapre), pudiendo hacer el seguimiento a través de Stio Privado en página web de la Isapre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el beneficiario requiere hospitalización o se encuentra hospitalizado, debe registrar tal condición en la aplicación y generar un requerimiento a través de la Mesa de Ayuda categoría “2. Traslados En Pacientes Hospitalizados Fuera de la Red” y se contactará de inmediato con el área de Gestión de Pacientes para notificar la situación.
10. Recibir Consentimiento cliente	<p>El(la) Asistente de Servicio recibe de parte de un cliente la solicitud de Aceptar o rechazar la red asignada, para lo cual procede a imprimir a través de la aplicación CBClic el formulario 2 de derivación, para que lo firme el beneficiario o representante y acompaña la cartilla correspondiente al problema de salud.</p> <p>Es importante considerar que pasados 10 días hábiles sin confirmar la aceptación o rechazo, se produce automáticamente el cierre del caso entendiéndose la renuncia al beneficio.</p> <p>En este caso el flujo sigue en la actividad 5 en caso de aceptación y a la 8 en el caso de rechazo.</p>
11. Entregar estado solicitud Sucursal	<p>El(la) Asistente de Servicio atiende la consulta realizada por el cliente respecto al resultado de una solicitud de cobertura GES realizada anteriormente por alguno de los canales de atención. Dependiendo del resultado se le informa que la derivación está resuelta y pasa a formalizar Consentimiento, en caso de Rechazo del beneficio por parte de la Isapre por no calificar para GES, le informará las razones formalizadas en carta al cliente.</p> <p>En caso de que la enfermedad sea susceptible de cobertura CAEC, procederá informar sobre el beneficio.</p>
Inicio Proceso	Solicitud Cobertura GES – Contact Center
12. Recibir solicitud telefónica	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center recibe a través del canal telefónico de parte del beneficiario o su representante la solicitud de cobertura GES, con la notificación médica correspondiente al problema de salud GES.</p>
13. Evaluar solicitud telefónica	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center valida con los antecedentes entregados por el cliente la vigencia y calidad de beneficiario de la Isapre a través del Sistema CBClic.</p> <p>Adicionalmente confirma que la patología informada corresponde a alguna cubierta por GES.</p>
14. Solicitar envío antecedentes	<p>Estando todo en regla el(la) Asistente de Servicio del Contact Center solicita al beneficiario o representante envíe copia digital de los documentos que acreditan la patología y de la cédula de identidad del beneficiario.</p> <p>Para el caso de Patologías con confirmación diagnóstica, el formulario de constancia al paciente GES entregado por el prestador es el único documento exigible al beneficiario para efectuar tal solicitud. Por su parte, en caso de que se trate de una sospecha, bastará el certificado médico respectivo.</p> <p>Asimismo, en el caso de un diagnóstico realizado por profesionales que sean parte de la red de prestadores convenida por la Isapre, el acceso a las garantías no puede estar condicionado a una nueva confirmación diagnóstica.</p> <p>Este envío debe hacerlo a la casilla de correo del Asistente o a la casilla genérica Antecedentes.GES@cruzblanca.cl indicando el nombre del Asistente que le recepcionó el llamado.</p>

<p>15. Ingresar caso y generar F1</p>	<p>Una vez recepcionados los antecedentes el(la) Asistente de Servicio del Contact Center ingresa los datos del beneficiario al Sistema CBClic transacción Casos Médicos para verificar los requisitos de ingreso de acuerdo a la indicación médica.</p> <p>Cumpliendo los requisitos procede al ingreso de los datos requeridos por la aplicación, teniendo especial cuidado en los datos de contacto que son relevantes para el seguimiento e información del caso.</p> <p>Aplica luego el script de grabación de la solicitud con el cliente.</p> <p>El formulario solicitud GES (F1) es enviado automáticamente al beneficiario al correo indicado anteriormente.</p>
<p>16. Entregar condiciones de derivación</p>	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center procede a ingresar los datos para generar el Formulario 2 (derivación) indicando los antecedentes al beneficiario o su representante. La aplicación en este paso procede a calcular el deducible anual y el(la) Asistente de Servicio debe seleccionar Prestador de la red, Farmacia Ambulatoria de apoyo, Hito y Canasta correspondiente a la intervención sanitaria según la indicación médica.</p> <p>Aplica luego el script de grabación del consentimiento a la derivación.</p>
<p>17. Registrar aceptación derivación</p>	<p>Entregados los datos de la derivación se le indica al beneficiario o representante que ratifique la aceptación de la derivación ya que la evidencia de la aceptación la constituye la grabación de la llamada.</p> <p>El formulario de derivación se envía en forma automática al correo del beneficiario indicado precedentemente.</p>
<p>18. Entregar asesoría beneficio Contact</p>	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center una vez aceptada la derivación debe orientar al beneficiario o representante en los siguientes aspectos relevantes del proceso y contenidos en la Cartilla GES del problema de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plazos respecto del cumplimiento de la Garantía de Oportunidad del Hito de ingreso cuyo retraso, de producirse, debe ser informado a la Isapre a través del canal telefónico, WhatsApp o directamente en Sucursales para gestionar la efectiva atención. - Forma de acceder al beneficio convenida con el Prestador que puede ser: <ul style="list-style-type: none"> o Notificación electrónica desde la Isapre indicando que será contactado por el prestador en los próximos días o o El paciente debe contactar al prestador para agendar hora y acceder al beneficio presentando el formulario de derivación (F2) y Orden de Atención respectiva. - Forma de obtener las ordenes de atención para prestaciones futuras (Sucursal o canal WhatsApp) enviando o presentando las indicaciones médicas de la red de forma inmediata, posterior a la respectiva prescripción médica, para el registro, orientación y asignación oportuna de Canastas, Copagos, Cobertura de las Prestaciones GES CAEC, Farmacia Ambulatoria. - Una vez asignada la canasta el cliente debe concurrir a la farmacia asignada con la orden médica para el retiro de los medicamentos indicados por el prestador de la Red. - Informa Canales de comunicación frente a cualquier urgencia que requiera atención médica impostergable, redes de Prestadores en casos de requerir hospitalizaciones y cuando tenga indicación de hospitalización programadas. - Informar que debe comunicar a la Isapre situaciones de insuficiencia o incumplimiento del plazo de oportunidad por parte del prestador, que puede solicitar una segunda opinión médica, su decisión de no atenderse en el prestador asignado, a través de los canales habilitados (Sucursales, Call Center, WhatsApp). La respuesta de la Isapre en estos

	<p>casos será por la misma vía de ingreso de la notificación y en los plazos normativos vigentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunica que frente a cambios de prestador producto de término de convenio u otra causa que impida el cumplimiento de las garantías le informará formalmente por escrito al beneficiario de 18 años o más y al cotizante, en caso de menores de 18 años , a través de carta enviada a la dirección registrada en el contrato, resguardando la confidencialidad para diagnósticos sensibles. <p>La Isapre frente a cambios de prestador considerará la situación de salud o estado del tratamiento de modo de asegurar que las prestaciones puedan continuar otorgándose en tiempo, oportunidad y calidad en el nuevo prestador asignado</p>
19. Enviar caso a resolución Back	<p>Producto que la patología es de resolución back office o el beneficiario se encuentra o tiene indicación de hospitalización el caso se deriva indicándole al beneficiario o representante que dentro de un plazo máximo de 2 días hábiles debe estar atento a la recepción del formulario de derivación de la red que le llegará al correo electrónico que ingresó al solicitar el beneficio y luego debe comunicar a la Isapre su Consentimiento.</p>
20. Recibir consentimiento del cliente	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center recibe de parte de un cliente la solicitud de confirmar la red asignada, para lo cual procede a registrar tal decisión en el sistema e indica al cliente que la evidencia de dicha aceptación será la grabación de la llamada. El formulario 2 de derivación junto a la cartilla del problema de salud le son enviados automáticamente a la casilla de correo registrada.</p> <p>Es importante considerar que pasados 10 días hábiles sin confirmar la aceptación o rechazo, se produce automáticamente el cierre del caso entendiéndose la renuncia al beneficio.</p> <p>En este caso el flujo sigue en la actividad 17 en caso de aceptación y a la 21 en el caso de rechazo.</p>
21. Cerrar caso Contact	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center comunica al cliente que la evidencia de la decisión de rechazo a la red será la grabación de la llamada telefónica y procede a registrar tal decisión en el sistema CBClic.</p>
22. Entregar estado solicitud Contact	<p>El(la) Asistente de Servicio atiende la consulta realizada por el cliente respecto al resultado de una solicitud de cobertura GES realizada anteriormente por alguno de los canales de atención. Dependiendo del resultado se le informa que la derivación está resuelta y pasa a formalizar Consentimiento, en caso de Rechazo del beneficio por parte de la Isapre por no calificar para GES , le informará las razones formalizadas en carta al cliente.</p> <p>En caso de que la enfermedad sea susceptible de cobertura CAEC, procederá informar sobre el beneficio.</p>
23. Recibir solicitud WhatsApp	<p>El Cliente puede a través del canal WhatsApp enviar una solicitud (texto) de incorporación al GES, la cual será gestionada por Asistentes Especialistas GES del mismo canal.</p>
24. Contactar cliente	<p>El(la) Asistente de Servicio del Contact Center procede a contactar al cliente para evaluar su solicitud y gestionar según protocolos Call Center.</p>
Fin Proceso	

4.- RESPONSABILIDADES

Rol	Responsabilidad(es)
Asistentes de Servicio Sucursal y Contact	Aplicar integralmente los pasos del procedimiento velando por una buena atención y comprensión del tema por parte de los clientes. Debe ser cuidadoso, preciso y consistente en la información que entrega y registra respecto a la gestión de la solicitud de cobertura GES.

5.- DOCUMENTACIÓN RELACIONADA

- PD-ICB-GGA-171 - Activación GES.bpm

6.- CONCEPTOS Y DEFINICIONES

GES:

Las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres.

Las Garantías exigibles son:

- **Acceso:** Derecho por Ley a recibir la prestación de Salud.
- **Oportunidad:** Tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones.
- **Protección financiera:** La persona beneficiaria cancelará el copago definido en cada decreto con un tope anual.
- **Calidad:** Otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

7.- CONTROL DE CAMBIOS

V	Fecha	Propietario	Responsable	Aprobación	Descripción
1	12/04/2019	Departamento de Unidad de Pacientes GES	Departamento de Unidad de Pacientes GES	Gerencia de Operaciones Asistenciales	1era versión del documento producto de la desagregación de procedimiento PD-ICB-GC-01 - Procedimiento GES CAEC del 07/04/2017

8.- APROBACIÓN

Este documento forma parte del marco de políticas y procedimientos de Isapre CruzBlanca. Ha sido revisado por la persona encargada del proceso y aprobada por la Gerencia correspondiente, de conformidad con el modelo de tres líneas de defensa.

Código	PD-ICB-GGA-171
Título	Activación GES
Fecha de aprobación	12 de Abril de 2019
Fecha de revisión	Marzo de 2019
Sponsor	Depto Gestión de Procesos
Propietario	Unidad de Pacientes GES

Propietario del procedimiento	Aprobado por	Aprobado por
Unidad de Pacientes GES	Unidad de Pacientes GES	Gerencia de Gestión Asistencial
Firmado: Susana Jorquera	Firmado: Susana Jorquera	Firmado: Patricia López
Fecha: 12 de Abril de 2019	Fecha: 12 de Abril de 2019	Fecha: 12 de Abril de 2019

Control de versiones:

Versión inicial	V01
Versión revisada	V01
Status (Borrador/Final)	Final

9.- ANEXOS

9.1.- Normativa y procedimientos complementarios

- Decreto Supremo N° 21 de 2016, del Ministerio de Salud, el cual Rectifica Decreto N°3, de 2016, que aprobó Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto Supremo N° 3 de 2016, del Ministerio de Salud, el cual Aprueba garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.
- Compendio de Beneficios, de la Superintendencia de Salud, Capítulo IV de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile.
- Compendio de Beneficios, de la Superintendencia de Salud, Capítulo VI de las Garantías Explícitas en Salud GES.
- Compendio de Procedimientos, de la Superintendencia de Salud, Capítulo XI Procedimientos Relativos a las Garantías Explícitas en Salud.
- Circular IF/N° 7 de 2005, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre las nuevas condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas que indica y complementa la circular N°59 del 29 de febrero de 2000.
- Circular IF/N° 153 de 2011, de la Superintendencia de Salud, la cual Instruye sobre la cobertura que corresponde a beneficiarios de planes cerrados cuando el prestador designado para la CAEC es distinto del prestador convenido en el plan.
- Circular IF/N° 280 de 2017, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte Instrucciones sobre la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en caso de ingreso de Urgencia a la Red de Prestadores.
- Circular IF/N° 282 de 2017, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte Imparte instrucciones sobre la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Hospitalización Domiciliaria.
- Circular IF/N° 10 de 2005, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre designación de nuevo prestador por parte de la Superintendencia de Salud.
- Circular IF/N° 57 de 2007, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre la obligación de los prestadores de entregar información a sus pacientes relacionada con las Garantías Explícitas en Salud.
- Circular IF/N° 64 de 2008, de la Superintendencia de Salud, la cual Instruye sobre obligación de financiamiento de Problemas de Salud con Garantías Explícitas en Salud preexistentes y término de contrato.
- Circular IF/N° 247 de 2015, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre la obligación de las Isapres de pagar los gastos de traslado, en cumplimiento de la Garantía de Acceso.
- Circular IF/N° 248 de 2015, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre la excepción de garantías de oportunidad.
- Circular IF/N° 277 de 2016, de la Superintendencia de Salud, la cual Imparte instrucciones sobre las Garantías Explícitas en Salud.
- Certificacion Telefonica De Solicitud De Activación Ges F1 (Patologías Back): ACTIVACION_GES_F1 (Patol Back).doc
- Certificacion Telefonica De Solicitud De Activación Ges F1 (Patologías Front): ACTIVACION_GES_F1 (Patol Front).doc (2)
- Certificacion Telefonica Consentimiento Derivación A Red (Form. 2): CERTIFICACIÓN TELEFÓNICA (Consentimiento Derivación form 2).doc
- Solicitud de cobertura GES desde el Call Center: Protocolo Activación GES Call.doc
- Solicitud de cobertura GES en Sucursal: Protocolo Activación GES. Sucursal.doc
- Solicitud de cobertura a Beneficio Salud Oral Integral GES.: N° 23 Menor de 6 años- N° 47 Adulto 60 años y N° 66. Embarazada: Protocolos Salud Oral Integral GES.doc
- Solicitud de cobertura al Beneficio GES. N° 46. Urgencia Odontológica: protocolos Urgencia Dental GES.doc
- Circular IF N°307
- Circular IF N°308
- Oficio Circular IF N°3
- Resolución Exenta IF N°32
- Circular IF N°292
- Circular IF N°13

9.2.- Formulario 1.



FORMULARIO N°1

N° Solicitud:

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
A LA RED CERRADA DE LA COBERTURA GES**

ANTECEDENTES AFILIADO

Nombres:		Rut:	
Domicilio:		Ciudad:	
Telef. Casa:	Telef. Oficina:	Celular:	Región:

ANTECEDENTES PACIENTE

Nombres:		Rut:	
Diagnóstico:			
Tratamiento a seguir:			
Médico tratante:		Especialidad:	
Institución o Establecimiento:			
Hospitalizado:	Desde:	Hasta:	
Institución o Establecimiento:			
Fue trasladado:	Desde:	Hasta:	

IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE

Rut:	Relación:	Email:
Nombres:		
Telef. Casa:	Telef. Oficina:	Celular:

IMPORTANTE

CRUZBLANCA, informa a usted que el beneficio solicitado comenzará a regir cuando se confirme la patología GES, cumpla con la normativa vigente, ingrese a la Red y firme la aceptación de la "Derivación a la Red de atención GES", documento que estará a su disposición o de su familiar, en cualquiera de nuestras Sucursales en el plazo de 48 horas hábiles, desde el momento de la solicitud. El afiliado o su representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma estampada en el formulario N°2, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considera rechazada la derivación. Le recordamos que el Formulario N°2, avala la resolución del beneficio y la designación del prestador asignado.

Tomé conocimiento _____

Firma

Sucursal:	Fecha Recepción:
Func. Receptor:	Hora de Recepción:

9.3.- Formulario 2



FORMULARIO N°2

N° Solicitud:

DERIVACIÓN A LA RED CERRADA DE ATENCIONES PARA LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD GES y GES CAEC

CRUZBLANCA le comunica que el paciente debe presentarse con este documento en uno de los centros de la RED que se indican a continuación. Dicho establecimiento le designará un médico tratante si éste no está expresamente señalado en el presente documento.

Esta derivación a la RED tendrá una duración de seis meses contados desde la fecha de aceptación de este documento, posterior a lo cual la Isapre, efectuará una evaluación, cuyo resultado se comunicará al paciente, en caso de modificarla. Posteriormente la Isapre podrá modificar las condiciones de derivación, situación que será comunicada por correo certificado.

Establecimiento	Prestador de apoyo:	Habitación	Médico
Observaciones:			

Nombre del afiliado:

Rut:

Nombre del paciente:

Rut:

Diagnóstico CIE10:

Suc. Solicitante:

Tratamiento indicado:

Monto deducible:

Fecha solicitud GES:

Fecha inicio beneficios:

Fecha designación Prestador RED:

PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CAEC Y TAMBIÉN SE APLICAN A LAS GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD GES-CAEC.

- Las prestaciones derivadas de problemas de salud no incluidos en las condiciones exigidas para ser cubiertas por el Régimen General de Garantías en Salud-GES.
- Las exclusiones establecidas en el contrato de salud.
- Las patologías derivadas de complicaciones y secuelas de los tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento.
- Tratamientos hospitalarios de patologías psiquiátricas, adicciones a drogas o alcoholismo. Si el diagnóstico o el listado de prestaciones específicas GES, no lo contempla.
- Prestaciones médicas, fármacos y técnicas que tengan el carácter de experimental para la patología en tratamiento o que no estén avaladas por las sociedades científicas chilenas correspondientes.
- Los medicamentos o insumos que no estén registrados por el Instituto de Salud Pública (ISP), de acuerdo a la normativa vigente en el país.
- La atención domiciliaria en todas sus formas.
- La hospitalización domiciliaria, (salvo lo indicado en el numeral 10, de las Condiciones de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile).
- Todas aquellas prestaciones que no estén detalladas en el arancel del plan complementario, salvo que estén incorporadas en el listado de prestaciones específicas GES.
- Cirugías programadas realizadas fuera de la Red y sus complicaciones, mientras no se incorpore a la Red GES CAEC.



- Infórmese con nosotros, si los medicamentos recetados están financiados por este beneficio.
- En caso de una hospitalización originada por una Urgencia Vital o Secuela Funcional grave en un prestador de la RED CAEC, el beneficiario o su representante, deberá dar aviso a la Isapre dentro de las primeras 48 horas contadas desde el ingreso al centro asistencial, para que la Isapre administre el caso con la Institución de modo que las condiciones de atención del paciente se ajusten a los términos pactados para el otorgamiento de esta cobertura.
- En caso de una hospitalización que requiera atención inmediata e impostergable: Urgencia Vital o secuela funcional grave; en un prestador ajeno a la RED CAEC, luego de practicado el aviso inmediato a la Isapre, se dispondrá de un plazo de 2 días hábiles contados desde la formulación de la solicitud para gestionar el ingreso del paciente a la RED asignada.
- Si el enfermo está hospitalizado en un prestador red derivado por la Isapre y requiere traslado a otro centro asistencial, debe presentar de inmediato la indicación médica en la Isapre, para que ésta efectúe la derivación dentro de la red, manteniendo así la cobertura catastrófica
- Recordarnos que en caso de poseer beneficios GES o GES CAEC activos, debe informar a la Isapre su necesidad de ingresar a un centro asistencial
- En el caso de requerir mayor información por emergencia médica, quedamos a su disposición y le invitamos cordialmente a ingresar sus consultas en la sección "Contacto" de www.cruzblanca.cl o llamarnos en horario continuo al Fono CruzBlanca 8008180000 (Inhábil : Opción 2)