

CIRCULAR IF/ N° 99 <sup>1</sup>

Santiago, 13 de julio 2009

## **IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE LA ADHESIÓN, REVOCACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL MODELO DE INFORMACIÓN DE PLANES POR PARTE DE LAS ISAPRES**

Con fecha 24 de junio de 2009, la Asociación de Isapres de Chile A.G., presentó a esta Superintendencia un documento denominado “Modelo de Información de Planes”, en adelante MIP, que tiene como finalidad incorporar en cada sitio Web de las isapres, que así lo decidan, una herramienta para que los cotizantes, en base a parámetros de búsqueda uniformes, puedan obtener la información necesaria para realizar una comparación entre planes de salud.

Habida consideración que el MIP permitirá entregar en forma directa y expedita a los usuarios de isapres información respecto de los planes de salud ofrecidos por las Instituciones y concordante con la política de esta Superintendencia de promover en el sistema el uso de herramientas que estimulen la competencia al interior del sector, esta Intendencia, en ejercicio de sus facultades legales, declara que el presente modelo se ajusta a lo previsto en el artículo 216 N°8 del DFL N°1, de 2005, de Salud, en el sentido que pone a disposición del público en general un medio electrónico con información relativa a los planes de salud, sus precios, prestaciones y beneficios.

No obstante lo anterior, cabe hacer presente que la alusión a “beneficios adicionales” que hace el MIP, es sin perjuicio de la regulación que esta Superintendencia pueda dictar sobre la materia, lo que podría alterar la naturaleza de tales beneficios en los términos concebidos en el citado modelo.

En consecuencia, esta Intendencia imparte las siguientes instrucciones, en ejercicio de las facultades previstas en la ley, en especial, en el artículo 110, del citado DFL N°1, de Salud:

### **1.- GENERALIDADES**

1.1.- El MIP es un Modelo que provee un proceso estandarizado de búsqueda de planes de salud y entrega de resultados a los usuarios.

---

<sup>1</sup> Texto actualizado a enero 2010

1.2.- El MIP será el modelo común de información de planes de todas aquellas Instituciones de Salud Previsional que adhieran a su contenido, presentación y uso, en los términos señalados en la presente Circular.

1.3.- El MIP a que se refiere y aplican las presentes instrucciones se encuentra reproducido en el anexo que forma parte integrante de esta Circular.

## **2.- ADHESIÓN AL MODELO**

Se entenderá por adhesión al Modelo, la adopción plena por parte de la Institución de Salud Previsional, del contenido, configuración, presentación y utilización del mismo, en la página web de la isapre desde la fecha de adhesión informada.

Las Instituciones de Salud Previsional podrán adherir o revocar su adhesión al MIP, debiendo informar por escrito de ello a esta Intendencia. El plazo mínimo de adhesión al modelo deberá ser de un año, renovable por igual período y su determinación tanto de continuar con el Modelo o la decisión de la isapre de no persistir en él, deberá comunicarse a través de la página web y a la Superintendencia con a lo menos 1 mes de anticipación al vencimiento del período que está en curso.

## **3.- RESGUARDO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS**

Esta Intendencia hace presente que ha resuelto reconocer el presente “Modelo de Información de Planes” y dictar la presente Circular teniendo en especial consideración los siguientes resguardos a los derechos de los usuarios:

3.1.- Las Isapres que adhieran al modelo considerarán en él todos los planes de salud complementarios individuales en comercialización.

3.2.- La información de planes de salud entregada al usuario del modelo tiene una vigencia hasta el último día del mes en que se realiza la consulta, la que es conocida por éste y común a todas las isapres.

3.3.- El Modelo contiene las advertencias necesarias frente a la petición de datos y entrega de resultados, tales como:

- La obligación del usuario de informar todas las cargas familiares.
- La oferta de planes entregada no garantiza que la isapre lo acepte como afiliado.
- El Modelo entrega resultados de acuerdo a la información proporcionada por el usuario.

- La oferta de planes entregada a un afiliado vigente en la isapre, no garantiza que dicha Institución acceda a un cambio de plan de salud.<sup>2</sup>

3.4.- En cuanto a la confidencialidad de los datos, el Modelo no requerirá del usuario que consulta planes algún tipo de identificación o dato personal y contempla como requisito que los datos almacenados no pueden ser rescatados por una persona distinta a la que realizó la consulta, siendo manejados de forma reservada.

#### **4.- DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

La Institución de Salud Previsional que resuelva adherir al Modelo de Información de Planes durante el año 2009, deberá informar a esta Intendencia, a más tardar el 31 de agosto de 2009, señalando la fecha probable de implementación y utilización del presente modelo en la página web de la isapre.

#### **5.- VIGENCIA**

Las disposiciones de la presente Circular entrarán en vigencia a partir de la fecha de su notificación.

**Incorpora Firma Electrónica Avanzada**

FNP/UNA/AMAW/CPF

#### **DISTRIBUCION:**

- Sres. Gerentes Generales de Isapres
- Asociación de Isapres
- Intendente de Fondos y Seguros Previsionales
- Fiscalía
- Dptos.Superintendencia
- Agencias Regionales

**Correlativo 99**

---

<sup>2</sup> Se agrega esta viñeta de acuerdo a la Circular IF/N°109, de fecha 20 de enero de 2010 que: "Modifica la Circular IF/N°99, de fecha 13 de julio de 2009, específicamente para incluir una nueva advertencia al afiliado".



# **ASOCIACIÓN DE ISAPRES**

---

## **MODELO DE INFORMACIÓN DE PLANES**

### **Especificación del Modelo**



# Tabla de Contenido

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
1.1	REFERENCIAS	5
1.2	VISIÓN GENERAL DEL DOCUMENTO	6
<b>2</b>	<b>DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE INFORMACIÓN DE PLANES</b>	<b>7</b>
2.1	OBJETIVOS	7
2.2	SUPUESTOS Y RESTRICCIONES	7
2.2.1	<i>Modelo Común</i>	7
2.2.2	<i>Información de Planes de Salud</i>	7
2.2.3	<i>Registro e Identificación del Usuario</i>	8
2.2.4	<i>Afiliados</i>	8
2.2.5	<i>Advertencias e Información al Usuario</i>	8
2.3	VISIÓN GENERAL DE LA SOLUCIÓN	9
2.4	TIPOS DE USUARIOS	10
2.5	REQUISITOS GENERALES	10
<b>3</b>	<b>ESPECIFICACIÓN DEL MODELO</b>	<b>11</b>
3.1	COMPONENTES DEL MODELO	12
3.2	PARÁMETROS DE CONSULTA	12
3.2.1	<i>Descripción de los Parámetros de Consulta</i>	13
3.2.2	<i>Definición de los Parámetros de Consulta</i>	<i>¡Error! Marcador no definido.</i>
3.3	CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES	16
3.3.1	<i>Descripción de las Características de los Planes</i>	16
3.4	CRITERIOS DE BÚSQUEDA	17
3.4.1	<i>Definición de los Criterios de Búsqueda</i>	17
3.4.1.1	Mecanismo de Selección de planes Libre Elección	18
3.5	MODELO FUNCIONAL DE LA SOLUCIÓN	19
3.5.1	<i>Definición de las Funciones de los Actores</i>	19
3.5.2	<i>Especificación de Casos de Uso</i>	20
3.6	MODELO CONCEPTUAL DEL DOMINIO DE LA SOLUCIÓN	37
3.6.1	<i>Diagrama de clases del negocio</i>	37
3.6.2	<i>Especificación</i>	38
3.6.2.1	Clase Plan	38
3.6.2.2	Clase Selección de Prestaciones Valorizadas	40
3.6.2.3	Clase Arancel	41
3.6.2.4	Clase Beneficio	41
3.6.2.5	Clase Ges	42
3.6.2.6	Clase Caec	42
3.6.2.7	Clase Prestación	43
3.6.2.8	Clase TablaFactores	44
3.6.2.9	Clase Prestador	45
3.6.2.10	Clase Moneda	58
3.6.2.11	Clase ParametroConsulta	59
3.6.2.12	Clase BeneficiarioConsulta	60

3.6.2.13	Clase Resultado.....	61
3.6.2.14	Clase BeneficioContratado.....	62
3.6.2.15	Clase CriteriosBusqueda.....	62
3.6.2.16	Clase Trazador.....	63
3.6.2.17	Clase FormularioContacto.....	64
3.6.2.18	Clase SesionUsuario.....	65
<b>4</b>	<b>DEFINICIÓN DE INTERFACES DEL MODELO.....</b>	<b>66</b>
4.1	DESCRIPCIÓN GENERAL.....	66
4.2	INTERFACES GRAFICAS DE USUARIO.....	67
4.2.1	<i>Formato general de página</i> .....	67
4.2.2	<i>Consulta de Planes</i> .....	69
4.2.2.1	Ingreso a la consulta de planes.....	69
4.2.2.2	Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión.....	70
4.2.2.3	Ingreso de parámetros de consulta - Lugar de residencia.....	71
4.2.2.4	Ingreso de parámetros de consulta - Tipo de plan.....	72
4.2.2.5	Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado.....	73
4.2.2.6	Ingreso Precio del plan Individual y con aportes.....	74
4.2.2.7	Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes.....	75
4.2.2.8	Ingreso de Coberturas de interés.....	76
4.2.2.9	Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos.....	77
4.2.2.10	Salida de la consulta de planes.....	78
4.2.3	<i>Resultado de la Búsqueda</i> .....	78
4.2.3.1	Resultado y Planes Alternativos (ver próxima hoja).....	78
4.2.3.2	Beneficios Especiales del Plan.....	80
4.2.3.3	Descripción de Beneficios Especiales.....	81
4.2.3.4	Layout Impresión de Resultados.....	82
4.2.3.5	Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes.....	83
4.2.3.6	Layout Impresión de Beneficios Adicionales.....	84
4.2.3.7	Selección Final de planes - Más de 1 plan seleccionado.....	86
4.2.3.8	Selección Final de planes - Selecciona un plan (ver próxima página).....	87
4.2.3.9	Ayuda CAEC.....	89
4.2.3.10	GES.....	91
4.2.3.11	Red de Atención GES.....	92
4.2.3.12	Contacto.....	93
<b>5</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>94</b>
5.1	DEFINICIONES.....	94
5.1.1.1	Afiliado.....	94
5.1.1.2	Empleador.....	94
5.1.1.3	Prestadores de salud.....	95
5.1.2	<i>Dominio del Negocio</i> .....	95
5.1.2.1	Afiliación.....	96
5.1.2.2	Contrato de salud.....	96
5.1.2.3	Plan de salud complementario.....	101
5.2	DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIACIONES.....	106
5.2.1	<i>Siglas</i> .....	106
5.2.2	<i>Abreviaciones</i> .....	107

5.3 CIUDADES DE CHILE ..... 107

# 1 INTRODUCCIÓN

Este documento es una Especificación de Requerimientos de software denominado **MODELO DE INFORMACIÓN DE PLANES**.

Para el desarrollo del documento de Especificaciones se ha utilizado el estándar **ESA<sup>3</sup> PSS<sup>4</sup> -05-0**, propuesto para la ingeniería de software. El modelado de la solución se ha realizado con UML, *Lenguaje Unificado de Modelado*, que es un lenguaje gráfico para especificar, construir y documentar los artefactos que modelan un sistema.

La Especificación del Modelo de Información de Planes, ha sido enfocada desde una perspectiva general a un nivel más detallado guiado por los casos de uso. Se modela el dominio de la solución y la funcionalidad del sistema y se grafican las interfaces de interacción con los usuarios correspondientes.

## 1.1 Referencias

- [SIS97] Circular 36-Imparte instrucciones sobre procedimientos de suscripción, adecuación, modificación y terminación de contratos de salud, Superintendencia de Salud, 1997.
- [SIS00] Circular 57-Imparte instrucciones sobre planes cerrados y planes con prestador preferente, Superintendencia de salud, 2000.
- [SIS06] Circular IF12-Imparte instrucciones sobre condiciones generales uniformes para los contratos de salud previsual, Superintendencia de Salud, 2006.
- [SIS98] Circular 43-Imparte instrucciones sobre la selección de prestaciones valorizadas, su utilización y vigencia, Superintendencia de Salud, 1998.
- [SIS05] Circular IF2-Imparte instrucciones sobre ajustes de los contratos de salud a la Ley N° 19.966, Superintendencia de Salud, 2005.
- [AI06] Barómetro de Isapres N°3, Asociación de Isapres, 2006.
- [INE02] Chile: Ciudades, Pueblos, Aldeas y Caseríos, Censo 2002, Instituto Nacional de Estadísticas, 2002.
- [ME02] Ley 19.799 sobre documentos electrónicos, firma electrónica y los servicios de certificación de dicha firma, Ministerio de Economía, 2002.

---

<sup>3</sup> European Space Agency.

<sup>4</sup> Procedures Standards and Specifications.

## 1.2 Visión General del Documento

Este documento se ha estructurado en las siguientes secciones:

- Sección *Descripción de Modelo de Información de Planes*: Describe los objetivos planteados al Modelo, el marco de trabajo, entrega una visión general del sistema, describe los distintos usuarios identificados, ya sea que interactúen directamente con el sistema o se vean afectados indirectamente por él y plantea los requerimientos generales que debe abordar el Modelo.
- Sección *Especificación del Modelo*: Describe y define los componentes conceptuales de la solución de software y describe los procesos de negocio. Especifica el modelo funcional mediante diagramas de casos de uso y sus especificaciones. Describe el modelo conceptual del dominio de la solución, utilizando diagramas de clases para modelar el negocio y la solución, además da especificación completa de las clases del modelo.
- Sección *Definición de Interfaces del Modelo*: Describe y define las diferentes interfaces gráficas de usuario correspondiente a la solución desarrollada.
- Sección *Anexos*: A través de distintos apartados, describe y define los temas relevantes de análisis del negocio donde se inserta el Modelo de Información de Planes, información adicional de la definición de las Ciudades del Chile, siglas y abreviaciones relativo al negocio Isapre que ayudan en la comprensión del mismo.

## 2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE INFORMACIÓN DE PLANES

### 2.1 Objetivos

El Objetivo General del desarrollo e implantación del Modelo de Información de Planes es entregar a los usuarios de Isapres mejor información y transparencia respecto a sus planes de salud.

Así mismo, el Modelo se plantea los siguientes objetivos específicos:

- ◇ Facilitar la tarea del Usuario de Isapres, en la búsqueda de planes de salud que mejor se adecuen a sus necesidades.
- ◇ Promover el acceso a la información de planes de salud disponible en las Instituciones de Salud Previsional.
- ◇ Proporcionar, a las Isapres, un canal de pre-venta de planes de salud.

### 2.2 Supuestos y Restricciones

El desarrollo de la solución propuesta se basa en los supuestos que a continuación se detallan:

#### 2.2.1 Modelo Común

El Modelo de Información de Planes es común para las todas las Isapres en cuanto a **Qué debe hacer** y el **Resultado que debe entregar**. La forma como se implementa el Modelo lo resolverá cada Isapre.

Es importante tener en cuenta en el desarrollo del Modelo, que se debe aprovechar la información que hoy poseen las Isapres, no generando cambios en la forma en que es manejada dicha información. Las Isapres tienen definidos sus planes de salud, las características de estos planes y la forma de administrarlos y comercializarlos. El Modelo de Información de Planes debe trabajar sobre ese conjunto de planes de salud, y la información y documentos asociados a dichos planes de salud. Un documento importante a considerar asociado a un plan de salud complementario es la **Selección de Prestaciones Valorizadas**. Otros aspectos importantes asociados a un plan de salud complementario son: la tabla de factores, el arancel de prestaciones, la modalidad de un plan, la tipificación de planes, entre otras.

#### 2.2.2 Información de Planes de Salud

Si bien el objetivo final del Modelo de Información de Planes, es proveer al usuario o potencial afiliado de una herramienta que le permita acceder a información real de los planes de salud que ofrecen las Isapre, no es función del Modelo comparar. El Modelo se encarga de facilitar dicha información mediante

la estandarización de la búsqueda de planes y la entrega de resultados, proporcionando al usuario, características comparables de un plan de salud complementario y un objeto de información, la Selección de Prestaciones Valorizadas.

### **2.2.3 Registro e Identificación del Usuario**

No necesariamente se pedirá algún tipo de identificación o dato personal al usuario que consulta planes. Esta medida es con la finalidad de no intimidar o incomodar al usuario mientras realiza la consulta de planes. Además de no agregar mayor dificultad al servicio. No obstante lo anterior, cuando el individuo que busca información está afiliado a la Isapre en la cual está realizando dicha búsqueda, se deberá identificar con su clave respectiva con el fin de obtener la información de su plan de salud complementario vigente y la selección de prestaciones valorizada correspondiente.

### **2.2.4 Afiliados**

Este punto está directamente relacionado con el punto anterior. No se entregará información particular de los afiliados, datos personales y de su grupo familiar, plan de salud complementario vigente, datos de su declaración de salud, ofertas de planes, etcétera, salvo que el individuo se hubiera identificado con su clave.

### **2.2.5 Advertencias e Información al Usuario**

Debe indicarse, en todo momento, la vigencia y duración de la información de planes de salud complementarios mostrada al usuario. Así mismo, entregar las advertencias necesarias, frente a cada petición de datos o entrega de resultados. Otro aspecto importante, dado lo técnico de este negocio, es proveer de información clara en todos los puntos que el usuario interactúa con el sistema.

Debido a que finalmente, lo que se entrega como uno de los resultados de la consulta de planes de salud es **información de planes complementarios**, cobran especial importancia las siguientes situaciones:

- ◇ *Ingreso de los beneficiarios del plan de salud complementario*, el cotizante y sus cargas. En este caso la advertencia debe ir orientada a que el usuario ingrese todas sus cargas familiares, no omita ninguna, porque la valorización del plan de salud complementario que se entrega no se ajustará a sus necesidades reales como grupo familiar.
  
- ◇ *Indicar la duración de la valorización de los planes de salud entregados*. En este caso la advertencia está orientada a reforzar que una valorización de un plan de salud complementario es el resultado de una oferta comercial de la Isapre en determinado momento y de acuerdo a factores relevantes asociados al cotizante y su grupo familiar, como son: precio, condiciones de salud y conformación del grupo familiar del cotizante.

- ◇ *Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema no garantiza que la Isapre lo acepte como afiliado, ya que eso dependerá de la declaración de salud y otros datos específicos.*
- ◇ Indicar que la oferta de planes entregada por el sistema a los afiliados vigentes en la isapre, no garantiza que dicha institución acceda a un cambio de plan de salud.<sup>5</sup>

### **2.3 Visión General de la Solución**

El Modelo de Información de Planes es una solución, que dado un conjunto de parámetros del perfil del cotizante y su grupo familiar y las expectativas del potencial afiliado, aplica criterios de búsqueda para recuperar los planes de salud que mejor lo satisfagan.

El resultado del Modelo es una **Lista de Planes de salud complementarios y sus respectivas Selecciones de Prestaciones Valorizadas, la red GES y GES-CAEC, y los beneficios adicionales**, que se ajustan a las necesidades del usuario.

El Modelo de Información de Planes provee un servicio de consulta de planes de salud complementarios y beneficios que ofrecen las Isapres. Entrega información a los usuarios para facilitar el análisis y comparación de los planes de salud complementarios, mediante la estandarización del proceso de búsqueda de los planes de salud y de la información que se entrega como resultados de dicha búsqueda. Permite a los usuarios aprender del Modelo, dado que se enfrentará a la misma forma de ingresar los datos y el mismo despliegue de resultados, ayudándole en la selección de planes de salud complementarios que se ajusten a sus necesidades de salud y las de su grupo familiar.

Es una solución orientada de ser implementada vía Web, lo que brinda al usuario disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana y desde cualquier parte con acceso a Internet, para seleccionar el plan de salud complementario que más le conviene.

---

<sup>5</sup> Se agrega esta viñeta de acuerdo a la Circular IF/N°109 que "Modifica la Circular IF/N°99, de fecha 13 de julio de 2009, específicamente para incluir una nueva advertencia al afiliado".

## 2.4 Tipos de Usuarios

El Modelo de Información de Planes se hace cargo de las necesidades de un Usuario Medio que se define como:

- ◇ Aquel que busca planes de salud complementarios con una noción de los factores importantes, es decir, puede no saber a priori cuáles factores importan, pero puede decidir respecto de ellos si se le presentan.
- ◇ Tiene acceso a Internet y sabe cómo utilizarla, es decir, sabe como navegar y entiende los conceptos pero requiere de la ayuda correcta para explorarla y encontrar lo que necesita.
- ◇ No requiere identificarse como afiliado a una Isapre.

## 2.5 Requisitos Generales

En este apartado se presentan los requisitos generales al Modelo.

Id	Área	Requerimiento
Req01	Funcional	Estandariza la búsqueda de planes en las Isapres.
Req02	Funcional	Entrega una herramienta para comparar beneficios entre Isapres y dentro de las Isapres.
Req03	Funcional	El modelo no exige trabajo adicional a las Isapres, es decir, utiliza información que hoy tiene cada Isapre.
Req04	Funcional	El objeto principal de información será la Selección de prestaciones valorizadas y el plan de salud complementario.
Req05	Funcional	La información o búsqueda se centrará primero en los planes de salud complementarios y luego en los beneficios adicionales.
Req06	Funcional	Pedir parámetros de búsqueda inteligentemente, es decir, no forzar a ingresar todos los parámetros de un formulario o pedir datos dependiendo de lo que va ingresando el usuario.
Req07	Funcional	El modelo debe orientarse a la pre-venta, que es el objetivo de las isapres.
Req08	Funcional	El modelo captura datos de los usuarios que consultan para entregar a las isapres información relevante o de valor.
Req09	Funcional	El diseño del modelo considera tanto aspectos tecnológicos como de negocios.
Req10	Funcional	El modelo guarda la última consulta del usuario y se debe preguntar al salir de la consulta de planes.
Req11	Funcional	El modelo considera las compensaciones de cotizaciones de planes como parte de los parámetros de consulta.
Req12	Funcional	El modelo incluye a la selección de prestaciones valorizadas de un plan.
Req13	Seguridad	Seguir estándares de seguridad.
Req14	Seguridad	Que los datos almacenados no puedan ser rescatados, por

Id	Área	Requerimiento
		ejemplo, siendo manejados de forma reservada.
Req15	Seguridad	Garantizar a las isapres que el que interactúa con el sistema es una persona y no un programa.
Req16	Seguridad	Registrar las extracciones de información o cartera de planes.
Req17	Usabilidad	El modelo contempla usuarios capaces de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactuar con la tecnología: sabe ocupar un computador y ha navegado en Internet.</li> <li>• Tiene algún conocimiento de los beneficios que busca.</li> </ul>
Req18	Usabilidad	El modelo guía al usuario en todo momento y entrega información adicional, entrega ayudas asociadas a conceptos del negocio. Ej.: describe las modalidades de planes cuando exige seleccionar alguno.
Req19	Operativa	La solución entrega el modelo operacional asociado a ella: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El modelo será implementado por cada isapre</li> <li>• Las isapres deben agregar el modelo a sus sitios o páginas web.</li> </ul>

### 3 ESPECIFICACIÓN DEL MODELO

El Modelo de Información de Planes (MIP) ofrece un servicio de consulta de planes de salud de una Isapre y entrega al usuario planes de salud complementarios, las respectivas selecciones de prestaciones valorizadas asociadas. Este Modelo establece una forma unificada de consultar y buscar los planes de salud y de entregar los resultados de dicha búsqueda, esto es, el despliegue de la lista de planes de salud que se ajustan a las necesidades del Usuario. Ésta forma unificada de consultar y recibir información, que plantea el Modelo, permitirá al usuario hacer un análisis e información real de las ofertas de planes de salud complementarios del mercado que más le satisfagan.

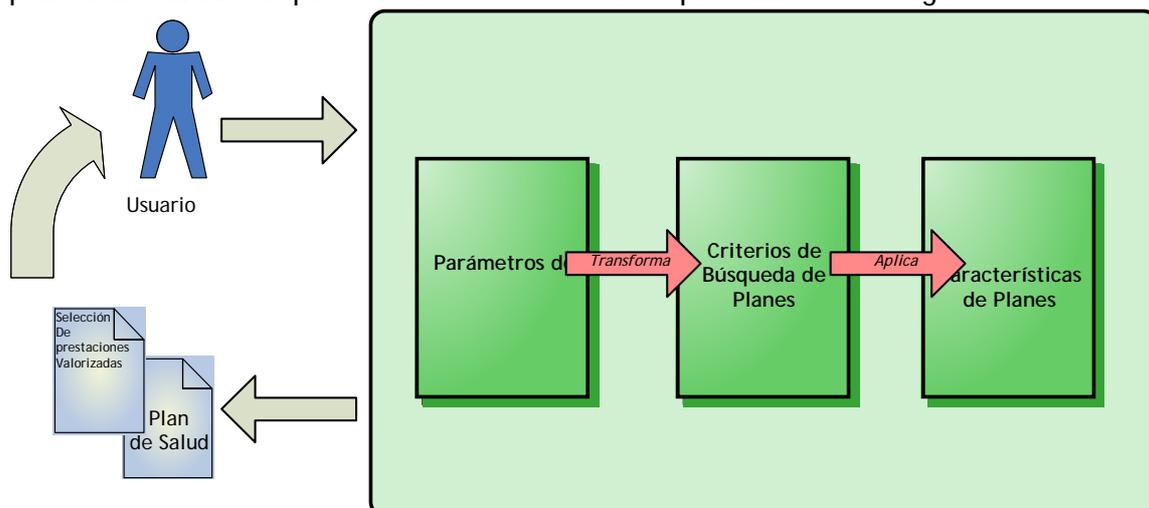


Figura 1: Modelo Gráfico del Modelo de Información de Planes.

### 3.1 Componentes del Modelo

El MIP está basado en tres componentes conceptuales principales:

- ◇ **Parámetros de Consulta:** Son los datos que ingresa el usuario para consultar planes de salud.
- ◇ **Criterios de Búsqueda:** Son generados en función de la evaluación de los parámetros de consulta.
- ◇ **Características de los Planes:** Son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud complementarios y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Una componente es consecuencia de la otra, es decir, los Criterios de Búsqueda son definidos a partir de las Características de los Planes y los Criterios de Búsqueda definen el set de Parámetros de Consulta que deben ser ingresados. La componente más importante es "**Características de los Planes**" porque describe el manejo de los planes de salud que posee una Isapre desde distintas perspectivas lo que permite generar un *Modelo Unificado* aún cuando las diferentes Isapres poseen diferentes formas de manejar sus planes de salud complementarios.

### 3.2 Parámetros de Consulta

Los *Parámetros de Consulta* son los datos que ingresa el usuario y evaluará el Modelo para aplicar los criterios de búsqueda de planes. Estos parámetros son definidos de acuerdo a dos aspectos: los intereses de búsqueda mayormente utilizadas al momento de cotizar planes de salud y de acuerdo a los criterios de búsqueda que se deben aplicar.

Al analizar cómo buscan planes de salud las personas, se identificaron tres caminos importantes de búsqueda, los que mencionamos por orden de mayor uso, a saber: *rango de precio*, *prestador de interés*, *Cobertura de Maternidad* y *Cobertura Internacional*.

- ◇ **Rango de precio:** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- ◇ **Prestador de preferencia<sup>6</sup>:** es la institución de salud, clínica o centro médico, donde se atiende o le gustaría atenderse al potencial cotizante.
- ◇ **Cobertura de Maternidad:** apunta a la búsqueda de planes con buena cobertura maternal.
- ◇ **Cobertura internacional (Optativo para cada Isapre):** apunta a la búsqueda de planes con cobertura fuera del país.

---

<sup>6</sup> El prestador de preferencia no se refiere al eventual "prestador preferente" que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

Otro factor de análisis para obtener los parámetros de consulta, son los Criterios de Búsqueda que define el MIP, estos criterios definen cual es el set de datos necesarios para ser construidos y recuperar los planes de salud.



Figura 2: Mapa de la Búsqueda de Planes.

### 3.2.1 Descripción de los Parámetros de Consulta

Los Parámetros de Consulta establecido por el Modelo se describen a continuación, y se debe informar al individuo cuando comienza a utilizar el MIP, que requerirá contar con los datos propios y de su grupo familiar:

- ◇ **Datos del cotizante y su grupo familiar.** Estos describen al grupo familiar beneficiario del plan de salud complementario consultado, esto es, cotizante y cargas. Permitirá obtener el factor de riesgo de cada integrante para el cálculo del precio del plan, además del lugar de residencia del cotizante y tipo de plan al que quiere optar.
- ◇ **Rango de precio\*.** es el valor asignado por un potencial cotizante para pagar por un plan de salud complementario.
- ◇ **Prestador de preferencia<sup>7</sup>.** Es la institución de salud donde quiere atenderse el Usuario, éstas son clínicas o centros médicos

<sup>7</sup> El prestador de preferencia no se refiere al eventual “prestador preferente” que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

- ◇ **Cobertura específica.** Estas son el tipo de cobertura maternal, cobertura nacional y cobertura internacional.

El MIP establece como escenario mínimo de consulta el ingreso de los Datos del cotizante y su grupo familiar, el Rango de precio a pagar y el Prestador de preferencia. El escenario de consulta más específico es la combinación de todos los Parámetros de Consulta.

\*Respecto del Rango de Precios, la fórmula que el modelo utilizará para calcular el 7% de la cotización legal a partir del Sueldo Líquido que el potencial afiliado defina será la siguiente:

**Fórmula para el cálculo de la cotización legal para Isapre.**

Tramo 1.- Si Renta Líquida es  $\leq 13.5$  UTM, Cotización Legal=  $0.07 * \text{Renta Líquida} / 0.805$

Tramo 2.- Si  $13.5 \text{ UTM} < \text{Renta Líquida} \leq 29.18 \text{ UTM}$ , Cotización Legal=  $0.07 * (\text{Renta Líquida} - 0.675 \text{ UTM}) / (1 - 0.05) * 0.805$

Tramo 3.- Si  $29.18 \text{ UTM} < \text{Renta Líquida} \leq 32.98 \text{ UTM}$ , Cotización Legal=  $0.07 * (\text{Renta Líquida} - 2.175 \text{ UTM}) / (1 - 0.1) * 0.805$

Tramo 4.- Si Renta Líquida  $> 32.98 \text{ UTM}$ , Cotización Legal= 2.396 UTM

- ◇ **Beneficiarios del plan.** Corresponden al potencial cotizante y su grupo familiar y deben ser especificados de la siguiente forma:
  - **Tipo de beneficiario.** Corresponde al cotizante y las cargas legales, cargas médica (las cargas legales o médicas pueden ser con aporte). Dependiendo del plan seleccionado (compensado o no), se debe indicar el tipo de beneficiario (carga legal o médica), con o sin aporte según cada caso.
  - **Sexo.** Corresponde al sexo del potencial cotizante y cada una de sus cargas.
  - **Fecha de nacimiento.** Corresponde a la fecha de nacimiento del potencial cotizante y cada una de sus cargas. Con este dato se calculará la edad correspondiente a cada beneficiario, necesaria para determinar el factor de riesgo.
- ◇ **Moneda a utilizar.** Corresponde a la unidad monetaria o moneda que quiere utilizar el usuario para ingresar y desplegar los datos relativos a montos. Los tipos de monedas permitidos son peso nacional y unidades de fomento. La moneda que selecciona al principio el usuario es la que se utiliza a lo largo de toda la consulta para expresar montos y valores.

- ◇ **Monto mensual disponible para salud.** Corresponde a la cotización mensual de un plan de salud complementario que quiere o puede pagar el usuario. Este valor debe ser ingresado para cada cotizante del plan y cada una de sus cargas con aporte, la sumatoria de las cotizaciones del cotizante, las cargas con aporte y las compensaciones da el monto de referencia para la búsqueda de planes por precio. El precio o cotización del plan puede ser ingresados de 2 formas:
  - **Cotizante:**
    - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde el sistema calculará una cotización legal aproximada.
    - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
    - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.
  - **Aporte de cargas:** solo si se han declarado cargas con aporte, el sistema pedirá ingresar cotizaciones por cada carga.
    - **Aporte Adicional Voluntario.** Puede ser ingresado el valor Adicional Voluntario a la cotización legal, que está dispuesto a pagar cada cotizante, para la compra de un plan de salud.
    - **Remuneración líquida aproximada.** Puede ser ingresada la renta líquida aproximada que percibe cada cotizante, donde el sistema calculará una cotización legal aproximada.
    - **Cotización estimada para el plan.** Es el monto obtenido de la suma de la cotización legal y el aporte adicional voluntario. Se utiliza la cotización estimada para la búsqueda de planes por precio.
  - **Compensación.** Corresponde a un valor de compensación de la cotización de un plan, que puede ser hecha por otro cotizante no beneficiario del mismo plan. El sistema permitirá ingresar compensación de cotización solo si el tipo de plan seleccionado es "compensado".
- ◇ **Prestador de preferencia<sup>8</sup>.** Corresponde a una institución de salud, específicamente, clínicas y centros médicos, donde al usuario le gustaría atenderse con su plan de salud complementario. El sistema entregará una lista de los prestadores correspondientes a la ciudad de residencia del potencial cotizante. Si el usuario desea seleccionar una clínica o centro

---

<sup>8</sup> El prestador de preferencia no se refiere al eventual "prestador preferente" que pueda estar individualizado expresamente en el plan de salud, sino que se refiere a aquel que el posible cotizante individualiza como preferido.

médico de otra ciudad, el sistema le proveerá de una lista completa de prestadores de salud ordenada alfabéticamente por ciudad.

- ◇ **Cobertura por parto.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan una cobertura normal de parto o planes con menor cobertura de parto. El sistema exige indicar explícitamente si el usuario quiere menor cobertura por parto, sino se entiende que se debe buscar por ambas posibilidades de cobertura.
- ◇ **Cobertura nacional o internacional.** Se utiliza para seleccionar planes de salud que tengan cobertura solo nacional o cobertura nacional e internacional. El sistema exige seleccionar una de las 2 posibilidades de cobertura. La Isapre podrá no considerar la cobertura internacional, en este caso, por defecto queda establecido siempre la cobertura nacional.

### **3.3 Características de los Planes**

Las *Características de los Planes* son el conjunto de cualidades que describen los distintos planes de salud y permiten seleccionar aquellos que cumplen con los criterios de búsqueda.

Las Características de los Planes es la componente más importante del Modelo de Información porque describen desde distintos puntos de vista los Planes complementarios de Salud, lo que permite generar un Modelo Unificado para la consulta de planes en todas las Isapres, indistinto de la administración de planes y la tecnología de implementación que tenga cada Isapre.

#### **3.3.1 Descripción de las Características de los Planes**

Las características de los planes que serán consideradas por el Modelo, para seleccionar la oferta de planes que más se ajusta a los parámetros de consulta ingresados por el usuario, se describen a continuación:

- ◇ **Estado de un plan.** Existen por los menos 2 estados de los planes que se maneja en las Isapres, *Comercial* indica que dicho plan está siendo comercializado por la Isapre y *Vigente*, que indica que el plan dejó de ser vendido y se mantiene porque está contratado por al menos 1 afiliado. Para estos efectos el Modelo trabajará con los planes en comercialización.
- ◇ **Precio del Plan de salud Complementario.** El precio se compone de 2 factores, (1) el precio base del plan de salud complementario, que es igual para todos y (2) el factor de riesgo del cotizante y su grupo familiar. El Modelo buscará planes por el valor estimado de la cotización o por la cotización legal esimada, de acuerdo a la renta líquida informada, el valor que sea mayor.
- ◇ **Modalidad de un plan.** La modalidad indica la forma en que recibirá los beneficios de un plan de salud complementario el cotizante y su grupo familiar, y existe la modalidad de *Libre Elección*, que permite al afiliado escoger donde atenderse, la de *Prestador Preferente*, que combina la

modalidad libre elección y atención en prestadores establecidos previamente y la modalidad de plan *Cerrado*, que bonifica la atención en determinados prestadores. El Modelo buscará en todas las modalidades de planes.

- ◇ **Tipo de planes.** De los tipos de planes identificados se consideran los planes Individuales e Individuales Compensado. Para estos efectos se considerarán del tipo *Compensados* los planes en que la compensación es realizado por 2 cotizantes y de tipo *Matrimoniales* los planes en que la compensación es realizada por cónyuges.
- ◇ **Agrupación de planes.** De los grupos de planes identificados que puede manejar una Isapre, serán considerados como planes definidos: para quienes renuncian o no a la cuenta corriente de excedentes, que pueden ser sólo los planes individuales compensados, los planes definidos con menor o mejor cobertura por parto y los planes definidos para ser usados solo dentro del país o que tienen cobertura nacional e internacional.

Las demás características de los planes si bien no influirán en la selección de planes a ofrecer, si serán utilizadas para presentar los planes al usuario y entregada como información para ser evaluada por éste. Asimismo, deberá existir una ventana en la cual estén disponibles los datos GES y CAEC, de acuerdo a lo indicados en los puntos 3.5.2.1.5 N°7 y N°2 (letra d numeral iv), respectivamente.

### **3.4 Criterios de Búsqueda**

Los *Criterios de Búsqueda* son generados en función de la evaluación de los Parámetros de Consulta ingresados por el Usuario.

Los *Criterios de Búsqueda* son aplicados a los parámetros que ingresa el usuario para consultar planes y son el filtro con el cual se buscan los planes de salud complementarios de la Isapre y se seleccionan aquellos que formarán la oferta a ser entregada al usuario.

Para definir los *Criterios de Búsqueda* se analizan las características de los planes de salud y los objetivos que persigue el desarrollo de la solución, el Modelo de Información de Planes. Estos criterios tienen por objeto identificar el perfil del usuario y sus necesidades de salud para generar una oferta de planes adecuada para el usuario.

#### **3.4.1 Definición de los Criterios de Búsqueda**

Los criterios de búsqueda definidos por el Modelo para la búsqueda de planes de salud se describen a continuación:

- ◇ Se busca sobre todos los planes en comercialización.

- ◇ Se busca sobre los planes definidos, para cobertura normal o menor cobertura por parto y para planes con cobertura solo nacional o ambas (nacional e internacional-opcional).
- ◇ Se busca de acuerdo a planes con o sin renuncia a excedentes (Sólo para planes individuales compensados)
- ◇ Se busca planes por tipo considerando Individual e Individual Compensado, según se indique.
- ◇ Se exige ingresar como parámetros mínimos el precio a pagar por un plan y un prestador de preferencia del usuario y se busca por separado:
  - Se busca planes por precio de acuerdo al monto de referencia en un rango de menos un 3% y más un 3% sobre el monto de referencia obtenido. Por ejemplo, si el monto de referencia para el precio es de 5,00 UF, se busca planes entre 4,85 UF y 5,15 UF. Este parámetro se debe regularizar con la práctica, de tal manera que el número de planes ofrecidos sea evaluable por el usuario.
  - Se busca planes por prestador en todas las modalidades de planes:
    - Planes cerrados para el prestador indicado
    - Planes con prestador preferente del prestador indicado
    - Planes libre elección que correspondan con el prestador indicado. Para determinar los planes libre elección según el prestador indicado, se han establecido *Prestaciones de Selección* o *Trazadores* y un mecanismo de selección.

### 3.4.1.1 Mecanismo de Selección de planes Libre Elección

Para seleccionar los planes de libre elección que correspondan con el prestador indicado, deben considerarse las prestaciones trazadoras del prestador que corresponda y verificar que el plan seleccionado cumple con la condición de cobertura indicada. Esta lista de trazadores por prestador será provista por la Asociación de Isapres periódicamente, el valor de referencia por prestación corresponde al precio de lista del prestador.

Las Prestaciones de Selección o Trazadores son los siguientes:

PRESTACIONES HOSPITALARIAS: Que tenga bonificación efectiva >= 90%		
Código <sup>9</sup>	Trazador	Observaciones
02.02.108	Día cama	Habitación individual con baño privado de menor valor. En caso de usar otro día cama debe dejarse claramente explícito.
13.02.029	Derecho a pabellón 6	
02.02.201	UCI	

<sup>9</sup> Estos códigos de prestaciones deben ser confirmados.

PRESTACIONES AMBULATORIAS: Que tenga bonificación efectiva $\geq$ 70%		
Código	Trazador	Observaciones
01.01.001	Consulta médica electiva	
03.02.034	Examen de laboratorio	Perfil lipídico
04.01.070	Examen de imágenes	Radiografía de tórax

### 3.5 Modelo Funcional de la Solución

#### 3.5.1 Definición de las Funciones de los Actores

En esta sección se definen los actores que interactúan con el Sistema MIP, tanto aquellos que gatillan o inician un caso de uso como aquellos que se benefician de los casos de uso.

Nombre	Usuario
Definición	El Usuario representa a todos los usuarios que consultan, buscan o cotizan planes de salud en las Isapres. Se ha definido por regla de negocio no distinguir entre afiliados y usuarios no afiliados, para el sistema todos son tratados como Usuario.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta planes de salud según sus necesidades de salud y las de su grupo familiar</li> <li>• Guarda su sesión de consulta y resultados</li> <li>• Recupera su sesión de consulta y resultados</li> <li>• Selecciona una oferta de planes</li> <li>• Agrega beneficios adicionales al plan</li> <li>• Se contacta con la Isapre</li> </ul>

Nombre	Comercial
Definición	El rol Comercial recibe la información estadística de los usuarios que consulta planes de salud para análisis comercial.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe la información estadística de los usuarios que consultan planes para que sea analizada con fines comerciales.</li> </ul>

Nombre	Administrador
Definición	El Administrador del sistema MIP se encarga del funcionamiento y administración del sistema. Es responsable del poblado y actualización de datos. Administra la información que genera el sistema, a saber, consultas de planes, solicitud de evaluación, ofertas de planes, estadísticas de navegación, entre otras. Administra la información que provee el sistema, esto es, contenidos

	del sitio, ayuda sobre la operación del sistema, ayudas al usuario, integridad en la información comercial de planes de acuerdo a lo exige la ley y lo que venden las Isapres.
Notas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administra el contenido de la sección del sistema MIP</li> <li>• Se encarga del correcto funcionamiento del sistema</li> <li>• Configura el sistema</li> <li>• Mantiene actualizado los parámetros del sistema</li> <li>• Carga lo datos al sistema de planes comerciales, tablas de prestaciones de selección, prestadores por ciudad, etc.</li> <li>• Provee información de consultas, ofertas, estadísticas, etc.</li> <li>• Se encarga de mantener al día la información de ayuda al usuario, de acuerdo a los cambios que establece la Superintendencia de Salud y lo que ofrece la Isapre</li> </ul>

Nombre	<b>Representante Isapre</b>
Definición	El Representante Isapres se encarga de atender las consultas de los usuarios y potenciales cotizantes del sistema. Recibe las consultas y solicitudes del Usuario, establece contacto entre el Usuario y la Isapre, de acuerdo a la forma de contacto que este ha indicado (comercial, ejecutivo de ventas).
Notas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atiende las consultas de los usuario generadas por medio del formulario de contacto</li> <li>• Recibe y administra la información de consulta de planes generada por el sistema: consulta-resultado-selección-declaración de salud del Usuario</li> <li>• Se contacta con el Usuario que lo ha solicitado</li> </ul>

### 3.5.2 Especificación de Casos de Uso

En esta sección se describen los casos de uso identificados. En la especificación de los casos de uso se ha optado por un formato extendido muy completo y de fácil seguimiento para el equipo a cargo de su implementación.

Los casos de uso describen la funcionalidad esperada del sistema desde el punto de vista del usuario, es así, que expone la interacción del usuario con el sistema MIP.

La especificación de los casos de uso comienza con el nombre del caso de uso en cuestión, un identificador que permitirá en el transcurso de la implementación hacer un seguimiento de la funcionalidad requerida; se tipifica el caso de uso como esencial, dado que si bien especifica claramente en qué consiste la funcionalidad no involucra estrictamente decisiones del diseño de implementación en esta etapa. Luego se listan los actores involucrados en el caso

de uso, iniciadores o consumidores del caso de uso. Se plantea el propósito de la funcionalidad. Se establecen las condiciones que se deben dar para la ejecución de la funcionalidad y las condiciones posteriores a la ejecución de la misma funcionalidad. Finalmente, se describe el curso normal de los eventos y también se especifican los eventos alternativos y/o excepcionales al curso normal.

A continuación se presenta el listado de los casos de uso especificados:

Id	Caso de Uso
CU01	Caso de Uso Consultar Planes
CU02	Caso de Uso Recuperar Sesión de Consulta
CU03	Caso de Uso Guardar Sesión de Consulta
CU04	Caso de Uso Buscar Planes
CU05	Caso de Uso Desplegar Lista de Planes
CU06	Caso de Uso Agregar Beneficios
CU07	Caso de Uso Desplegar Selección Final
CU08	Caso de Uso Llenar formulario de contacto
CU10	Caso de Uso Imprimir Oferta de Planes

#### 3.5.2.1.1 Caso de Uso Consultar Planes

Identificador: CU01

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Buscar planes de salud de acuerdo a las necesidades de salud del cotizante y su grupo familiar.

Precondiciones:

- El Usuario selecciona la sección "Consulta Planes de Salud" en el sitio de la Isapre.

Pos condiciones:

- Se dispone de todos los parámetros de consulta necesario para buscar planes.
- Si el Usuario ha recuperado la sesión de consulta anterior y no ha modificado el valor de ningún parámetro y la oferta de planes asociada a los parámetros de consulta sigue vigente, esa es la oferta de planes recuperada que se mantiene como resultado.

Curso normal de los eventos.

- 1- El caso de uso comienza cuando el sistema despliega la interfaz Consulta Planes de Salud del MIP.
- 2- El sistema permite recuperar la sesión de consulta anterior *extendiendo* al *CU Recuperar Sesión de Consulta*.
- 3- El sistema solicita indicar la ciudad de residencia dando opción de seleccionar desde una **Lista de Ciudades**.
- 4- El Usuario selecciona la ciudad de residencia desde la lista.

- 5- El sistema solicita indicar el tipo de plan que se quiere buscar entregando las siguientes opciones: Individual e Individual Compensado.
- 6- El Usuario selecciona el tipo de plan que desea buscar.
- 7- Si el Usuario selecciona el tipo de plan *Individual* o *Compensado*, entonces:
  - a. El sistema asigna el primer beneficiario del plan y lo tipifica como "Cotizante" y solicita indicar sexo y fecha de nacimiento.
  - b. El Usuario indica el sexo y fecha de nacimiento del cotizante.
  - c. El sistema permite ingresar más beneficiarios del plan, solicitando:
    - (i) Indicar tipo de beneficiario seleccionando desde una lista el tipo: Carga legal, Carga médica o Carga con aporte (opcional).
    - (ii) Indicar sexo de cada beneficiario: Femenino o Masculino.
    - (iii) Indicar fecha de nacimiento de cada beneficiario.
  - d. El Usuario selecciona el tipo de beneficiario, indica sexo y fecha de nacimiento de cada beneficiario ingresado.
  - e. El sistema permite eliminar beneficiarios ingresados.
  - f. El sistema solicita indicar el tipo de moneda a utilizar para expresar los montos, entregando como opciones: Unidades de Fomento o Pesos Nacionales.
  - g. El Usuario selecciona la moneda que desea utilizar.
  - h. El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia de precio que desea pagar por un plan.
  - i. El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada para calcular la cotización legal de salud.
  - j. Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
    - (i) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con tope del máximo legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
    - (ii) Si el Usuario ingresó, además, un monto de cotización como referencia de precio de plan, el sistema debe validar que el monto de cotización sea mayor o igual al resultado de calcular el 7% de la remuneración líquida ingresada.
  - k. Si el Usuario ha ingresado beneficiarios del plan del tipo *cargas con aporte*, entonces para cada carga con aporte:
    - (i) El sistema solicita ingresar un monto de aporte de cotización.
    - (ii) El Usuario puede ingresar un monto de aporte de cotización.
    - (iii) El sistema permite ingresar la remuneración líquida para obtener la cotización legal de salud del 7% como referencia del monto de aporte.
    - (iv) El Usuario puede ingresar la remuneración líquida aproximada.
    - (v) Si el Usuario ingresa la remuneración líquida, entonces:
      - (1) El sistema debe calcular el 7% del monto ingresado con el tope legal, como cotización legal, y desplegar la cifra en pesos.
  - l. El sistema solicita ingresar el monto de cotización voluntaria que complementa a la cotización legal.
  - m. Si el tipo de plan seleccionado es *Individual Compensado*, el sistema permite agregar compensaciones al plan, solicitando ingresar un monto de compensación.

- n. El Usuario puede ingresar un monto de compensación expresado en el tipo de moneda seleccionado.
  - o. El sistema obtiene la cotización total como referencia de precio de plan, sumando el monto de cotización más los montos de aporte de cotización de las cargas con aporte, si corresponde y despliega el total obtenido expresado en el tipo de moneda seleccionado.
- 8- El sistema debe informar en todo momento el valor de unidades de fomento que utiliza para realizar los cálculos correspondientes.
  - 9- El sistema solicita seleccionar un prestador de salud desde una **Lista de Prestadores** asociada a la ciudad de residencia ingresada.
  - 10-El Usuario puede seleccionar un prestador de salud de la lista.
  - 11-El sistema permite seleccionar un prestador de salud que no corresponda a la ciudad de residencia ingresada, proveyendo una lista completa de prestadores de salud. Esta lista contiene los siguientes datos: Nombre del prestador de salud, Dirección del prestador de salud, Ciudad donde se ubica el prestador de salud, Especialidad del prestador de salud y se despliega ordenada por ciudad y alfabéticamente por nombre de prestador.
  - 12-El Usuario puede seleccionar otro prestador de salud, no asociado a su ciudad de residencia.
  - 13-El sistema permite indicar explícitamente como coberturas de interés si se quiere *menor cobertura de parto*.
  - 14-El Usuario puede indicar que prefiere menos cobertura de parto.
  - 15-El sistema permite seleccionar como coberturas de interés planes con cobertura *Nacional e Internacional* (opcional) o con cobertura *solo Nacional*.
  - 16-El Usuario puede seleccionar solo una opción de cobertura, Nacional e Internacional (opcional) o solo Nacional.
  - 17-El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
  - 18-Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al **CU Guardar Sesión de Consulta**.
  - 19-El sistema permite buscar planes de acuerdo a los parámetros de consulta ingresados.
  - 20-Si el Usuario solicita buscar planes, entonces pasa al **CU Buscar Planes**.
  - 21-Fin del caso de uso.

#### Cursos alternativos.

- Línea 7.I: Si el Usuario no ha ingresado la remuneración líquida y no ha ingresado monto de cotización, entonces el sistema muestra un mensaje de advertencia indicando "Usted no ha ingresado un monto de cotización o remuneración líquida aproximada, que nos permita calcular el monto de referencia que desea pagar por un plan, ingrese un valor por favor".
- Línea 9: Si el Usuario no ha seleccionado ningún prestador de salud, el sistema debe advertir de la situación al usuario y forzar su selección.

#### 3.5.2.1.2 Caso de Uso Recuperar Sesión de Consulta

**Identificador:** CU02

**Tipo:** Secundario y Esencial.

**Actores:** Usuario.

**Propósito:** Recuperar última consulta anterior del usuario.

**Precondiciones:**

- No hay.

**Pos condiciones:**

- Los parámetros de la consulta de planes son cargados con los valores de los datos de la sesión de consulta anterior del usuario, si existe una sesión de consulta anterior almacenada y si el usuario ha indicado que quiere recuperarla.

**Curso normal de los eventos.**

- 1- El sistema pregunta ¿Consulta planes de salud por primera vez?, dando como posibilidades de respuesta las opciones "Si" y "No".
- 2- El Usuario responde seleccionando una opción.
- 3- Si el Usuario selecciona la opción NO, entonces:
  - a. El sistema pregunta ¿desea recuperar su última sesión de consulta?, dando como posibilidades de respuesta las opciones "Si" y "No".
  - b. El Usuario responde seleccionando una opción.
  - c. Si el Usuario selecciona la opción SI, entonces:
    - (i) El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando "Recuerde que la sesión de consulta se guarda sólo durante el mes en curso."
    - (ii) El sistema solicita ingresar un correo electrónico.
    - (iii) El Usuario ingresa su correo electrónico.
    - (iv) El sistema busca una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado.
    - (v) Si el sistema no encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado, muestra un mensaje indicando "No se ha encontrado una sesión de consulta anterior".
    - (vi) Si el sistema encuentra una sesión de consulta asociada al correo electrónico ingresado, el sistema recupera la sesión de consulta anterior y pasa al *CU Consultar Planes*.
  - d. Si el Usuario selecciona la opción No, entonces pasa al *CU Consultar Planes*.
- 4- Si el Usuario selecciona la opción SI, pasa al *CU Consultar Planes*.

**Cursos alternativos.**

- Línea 3.c.ii: El sistema da opción de salir de la recuperación de una sesión de consulta anterior y terminar la consulta de planes.

### 3.5.2.1.3 Caso de Uso Guardar Sesión de Consulta

**Identificador:** CU03

**Tipo:** Secundario y Esencial

**Actores:** Usuario

**Propósito:** Guardar la sesión de consulta y resultados de la búsqueda asociada a un usuario anónima.

**Precondiciones:**

- Haber salido el usuario de la consulta de planes.

**Pos condiciones:**

- Se tiene un registro completo de la navegación en la consulta de planes de los usuarios, hasta la sección en que salió del sistema, lo que permite hacer un seguimiento completo de los resultados entregados y generar información estadística.

**Curso normal de los eventos.**

- 1- El sistema pregunta ¿Quiere guardar su sesión de consulta de planes?, dando como posibilidades de respuesta las opciones "Si" y "No".
- 2- El Usuario selecciona la respuesta.
- 3- Si el Usuario responde SI, entonces:
  - a. El sistema muestra un mensaje de advertencia indicando "Su sesión de consulta se guardará hasta el último día del mes en curso".
  - b. El sistema solicita ingresar un correo electrónico al que quedará asociada la sesión de consulta a ser guardada.
  - c. El Usuario ingresa su correo electrónico.
  - d. El sistema guarda la sesión de consulta del usuario hasta el punto en que salió asociada al correo electrónico ingresado.
- 4- El sistema guarda toda la navegación realizada en la consulta de planes por el usuario:
  - a. El sistema debe registrar la fecha y hora de la sesión de consulta.
  - b. El sistema debe registrar todos los parámetros de consulta ingresados.
  - c. El sistema debe registrar los criterios de búsqueda que generaron los parámetros de consulta ingresados, dejándolos asociados, si corresponde.
  - d. El sistema debe registrar la oferta de planes entregados como resultado de aplicar los criterios de búsqueda obtenidos, dejándolos asociados, si corresponde.
  - e. Si la aplicación de los criterios de búsqueda sobre los planes de salud no arrojó una oferta de planes, el sistema debe registrar que la lista de planes entregada corresponde a una oferta por defecto.
  - f. El sistema debe registrar el o los planes que hubiese seleccionado el Usuario, si corresponde.
  - g. El sistema debe registrar la opción de plan elegida finalmente por el usuario, si corresponde.
- 5- Fin del caso de uso.

**Cursos alternativos.**

- No hay.

*3.5.2.1.4 Caso de Uso Buscar Planes*

**Identificador:** CU04

**Tipo:** Primario y Esencial.

**Actores:** Usuario.

**Propósito:** Generar una oferta de planes como resultado de aplicar los criterios de búsqueda.

**Precondiciones:**

- Haber ingresado los parámetros de consulta o haber recuperado una sesión de consulta anterior.

**Pos condiciones:**

- Una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o una oferta de planes por defecto.

**Resumen:** Este caso de uso analiza los parámetros de consulta ingresados por el Usuario y genera los criterios de búsqueda de planes, aplica los criterios de búsqueda sobre los planes de salud en comercialización y genera la lista de planes de salud que será la oferta a entregar como resultado. En caso que el Usuario hubiese recuperado su última sesión de consulta, entregará la última oferta de planes si aún se encuentra vigente, de lo contrario buscará nuevos planes que cumplan con el mismo escenario de consulta.

**Curso normal de los eventos.**

- 1- El sistema analiza los parámetros de consulta ingresados para buscar planes.
- 2- Si el Usuario recuperó su última sesión de consulta y no ha modificado ningún parámetro de consulta ingresado anteriormente y la oferta de planes entregada como resultado sigue vigente, entonces el sistema mantiene la misma lista de planes de la oferta entregada en la sesión de consulta anterior.
- 3- Si el Usuario recuperó su última sesión de consulta y no ha modificado ningún parámetro de consulta ingresado anteriormente y la oferta de planes entregada ha caducado, entonces el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.
- 4- Si el Usuario recuperó su última sesión de consulta y ha modificado algún parámetro de consulta de los ingresados anteriormente, el sistema debe hacer una nueva búsqueda de planes.
- 5- El sistema aplica los criterios de búsqueda para seleccionar planes de salud.
  - a. El sistema selecciona los planes comerciales
  - b. Si el tipo de planes ingresado es Individual, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo "Individual".
  - c. Si el tipo de planes ingresado es Compensado, entonces el sistema selecciona de los planes comerciales los que correspondan al tipo Compensado.
  - d. Si el Usuario ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*<sup>10</sup> los que correspondan al grupo de menor cobertura por parto.

---

<sup>10</sup> Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados.

- e. Si el Usuario no ha indicado que prefiere menor cobertura por parto, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes* los que correspondan a ambas posibilidades de cobertura, con menor y normal cobertura por parto.
- f. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura solo nacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*<sup>11</sup>-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura solo nacional.
- g. Si el Usuario ha indicado que prefiere cobertura nacional e internacional, entonces el sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*<sup>12</sup>-cobertura de parto los que correspondan al grupo de cobertura nacional e internacional.
- h. El sistema calcula el precio de referencia para la búsqueda planes sumando las cotizaciones ingresadas de cada cotizante, de cada carga con aporte y la compensación de cotización, si corresponde.
- i. El sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*<sup>13</sup>-cobertura de parto-cobertura nacional los planes cuyo precio total este dentro del rango de más un 3% del precio de referencia y menos un 3% del mismo precio de referencia.
  - (i) Calcula la edad de cada beneficiario ingresado a partir de la fecha de nacimiento.
  - (ii) busca en la tabla de factores del plan el rango de edad en que se encuentra el beneficiario y de acuerdo a su sexo y tipo de beneficiario (carga o cotizante) extrae el factor de riesgo que le corresponde.
  - (iii) Obtiene el factor de riesgo del grupo familiar sumando los factores de riesgo de cada beneficiario.
  - (iv) Multiplica el precio base del plan por el factor de riesgo del grupo familiar obteniendo la cotización total del plan.
  - (v) Analiza si la cotización total del plan está dentro del rango de precio.
  - (vi) Si la cotización total del plan está dentro del rango de precio, entonces selecciona el plan como oferta por precio.
- j. El sistema selecciona del subconjunto de planes *comerciales-tipo-excedentes*<sup>14</sup>-cobertura de parto-cobertura nacional los planes que calcen con el prestador seleccionado.
  - (i) Analiza la modalidad de cada plan del subconjunto.
  - (ii) Si la modalidad del plan corresponde a una oferta cerrada para el prestador seleccionado, selecciona el plan como oferta por prestador.

---

<sup>11</sup> Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados.

<sup>12</sup> Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados.

<sup>13</sup> Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados.

<sup>14</sup> Los planes tipo excedentes se seleccionarán sólo cuando se trate de planes individuales compensados

- (iii) Si la modalidad del plan corresponde a una oferta con prestador preferente para el prestador seleccionado, entonces selecciona el plan como oferta por prestador.
- (iv) Si la modalidad del plan corresponde a libre elección, entonces el sistema debe calcular si el plan calza con el prestador seleccionado.
  - (1) Busca si el plan tiene cada uno de los trazadores o prestadores de selección y valida que sean mayor o igual al porcentaje de bonificación establecido para cada prestación.
  - (2) Si el plan libre elección cumple con el porcentaje de bonificación establecido para cada trazador o prestación de selección, entonces el sistema selecciona el plan como oferta por prestador.
- 6- Si el sistema no encuentra planes que cumplan con los criterios de búsqueda aplicados, entonces debe seleccionar el plan que más se aproxime tanto al precio de referencia como al prestador seleccionado y dejar el plan como oferta por defecto.
- 7- Fin del caso de uso.

#### **Cursos alternativos.**

- Línea 5.I.iv. (1): Si no existe el trazador como parte de las prestaciones del plan, el sistema debe seleccionar la prestación más parecida e identificar la prestación utilizada en reemplazo del trazador.

### 3.5.2.1.5 Caso de Uso Desplegar Lista de Planes

**Identificador:** CU05

**Tipo:** Primario y Esencial.

**Actores:** Usuario.

**Propósito:** Desplegar la oferta de planes obtenida ordenada por modalidad de plan.

**Precondiciones:**

- Haber generado una lista de planes que satisfacen los criterios de búsqueda o haber generado una oferta de planes por defecto.

**Pos condiciones:**

- El o los planes de salud seleccionados.

**Resumen:** Este caso de uso toma la lista de planes generada como resultado de aplicar los criterios de búsqueda y la despliega ordenada por modalidad de planes, tomando el siguiente orden, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes libre elección. Cada plan de la lista mostrará entre otros datos, la Selección de Prestaciones Valorizadas y el plan en formato pdf para ser examinados por el usuario, además de los beneficios especiales incluidos en el plan, la cotización total del plan e indicará si el plan fue seleccionado por precio o por prestador indicado. Es posible imprimir la oferta de planes, para lo que el sistema le asignará un folio que la define como única e indicará la duración de dicha oferta y el grupo familiar que satisface.

**Curso normal de los eventos.**

- 1- El sistema despliega la lista de planes generada como oferta ordenada por modalidad de plan.
  - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
  - b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
  - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
- 2- El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
  - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
  - b. La cotización total del plan de salud complementario, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
  - c. Debe permitir ver los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario.
  - d. Si el Usuario, consulta los beneficios especiales incluidos en el plan, entonces el sistema muestra los beneficios especiales.

- (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
  - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
  - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.
  - (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
    - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
    - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
    - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
  - e. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
  - f. Debe permitir ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
  - g. Debe permitir ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
  - h. Debe indicar si el plan de salud complementario fue seleccionado por criterio de precio o por prestador elegido.
- 3- El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
- 4- El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
- a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
  - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
  - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
- 5- El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
- 6- El sistema debe permitir acceder a información relativa al beneficio GES.
- 7- Si el Usuario consulta GES, entonces el sistema despliega información del GES.
- a. El sistema despliega información general de que es el GES.
  - b. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
  - c. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.
- 8- El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
- 9- Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces **Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes.**
- 10- El sistema debe permitir seleccionar uno o varios planes de salud.
- 11- El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
- 12- Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al **CU Guardar Sesión de Consulta.**
- 13- El sistema permite volver a consultar planes.
- 14- Si el Usuario quiere volver a consultar planes, el sistema pasa al **CU Consultar Planes.**
- 15- Si el Usuario desea continuar con la selección de planes, entonces el sistema debe validar que al menos haya un plan de salud complementario seleccionado de la lista de resultados.

- a. Si no hay ningún plan de salud complementario seleccionado de la lista, el sistema debe mostrar un mensaje de advertencia indicando "Por favor, seleccione el plan de salud complementario que más se ajuste a sus necesidades para continuar".
- b. Si se ha seleccionado uno o más de un plan de salud complementario, entonces pasa al *CU Agregar Beneficios*.

16-Fin del caso de uso.

#### Cursos alternativos.

- No hay.

#### 3.5.2.1.6 Caso de Uso Agregar Beneficios

Identificador: CU06

Tipo: Primario y Esencial.

Actores: Usuario.

Propósito: Agregar beneficios adicionales al o los planes de salud seleccionados.

Precondiciones:

- Uno o más plan de salud complementario seleccionados.

Pos condiciones:

- Uno o más beneficios adicionales agregados al o los planes de salud seleccionado.
- Un nuevo monto de cotización del o los planes de salud seleccionados.

**Resumen:** Este caso de uso permite agregar beneficios adicionales al o los planes seleccionados por el Usuario, para lo que despliega una lista de los beneficios disponibles y el costo de contratación para el grupo familiar indicado, entregando la cotización total del plan más el costo de los beneficios contratados. El usuario puede imprimir los beneficios adicionales disponibles.

#### Curso normal de los eventos.

- 1- El sistema despliega una lista de los planes de salud seleccionados, permitiendo indicar a cual se agregaran beneficios adicionales.
- 2- El sistema muestra la cotización total del plan de salud complementario al que se agregaran beneficios adicionales, expresada en la unidad monetaria seleccionada.
- 3- El sistema despliega una lista de los beneficios adicionales disponibles.
  - a. Se muestra el nombre del beneficio adicional disponible.
  - b. Se muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar consultado.
  - c. Se permite ver la descripción del beneficio adicional disponible.
- 4- El sistema permite seleccionar o deseleccionar uno o más beneficios adicionales.
- 5- El sistema calcula la sumatoria de cotizaciones del o los beneficios adicionales seleccionados.
- 6- El sistema calcula el total de cotización del plan incluyendo los beneficios adicionales seleccionados, esto es, cotización total del plan más cotización total de beneficios adicionales agregados. Deberá existir una ventana que

permita identificar el valor del plan de salud complementario y los valores de los beneficios adicionales individualmente.

7- El sistema permite imprimir los beneficios adicionales disponibles.

8- Fin del caso de uso.

#### Cursos alternativos.

- No hay.

#### *3.5.2.1.7 Caso de Uso Desplegar Selección Final*

**Identificador:** CU07

**Tipo:** Secundario y Esencial.

**Actores:** Usuario.

**Propósito:** Desplegar la selección final de planes de salud del usuario.

**Precondiciones:**

- Uno o más planes de salud complementarios seleccionados.

**Pos condiciones:**

- Un plan de salud complementario elegido.

**Resumen:** Este caso de uso muestra la selección final de planes hecha por el Usuario. Si esta selección consta de más de un plan de salud complementario, se pide al usuario que elija una opción. Si esta selección consta de solo un plan de salud complementario, se muestran todas las características de dicho plan con los beneficios adicionales contratados.

Imprimir lista de planes

#### Curso normal de los eventos.

- 1- El caso de uso se inicia una vez que el Usuario ha revisado los beneficios adicionales disponibles, indistinto de si selecciona o no beneficios para contratar y agregar al plan de salud complementario.
- 2- Si el Usuario ha seleccionado más de un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega la lista de planes seleccionados, dando un número de opción a cada plan de la lista.
  - a. El sistema despliega código y nombre de cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
  - b. El sistema despliega la cotización total de cada plan de salud complementario de la lista de opciones, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
  - c. El sistema despliega la cotización total por beneficios adicionales a cada plan de salud complementario de la lista, si corresponde.
  - d. El sistema permite ver los beneficios especiales incluidos en cada plan de salud complementario de la lista de opciones.

- e. Si el Usuario consulta los beneficios especiales de cada plan de salud complementario, entonces el sistema muestra el detalle de los beneficios especiales.
    - (i) Muestra el nombre del o los beneficios especiales.
    - (ii) Permite ver una descripción de cada beneficio especial.
    - (iii) Permite imprimir los beneficios especiales.
    - (iv) Si el beneficio especial consultado es la CAEC, entonces el sistema despliega información de la CAEC.
      - (1) El sistema despliega información general de la CAEC.
      - (2) El sistema permite extender la información de la CAEC accediendo a la información que posee la Isapre.
      - (3) El sistema permite consultar la red de atención CAEC de la Isapre.
  - f. El sistema permite ver los beneficios adicionales agregados a cada plan de salud complementario de la lista de opciones.
  - g. Si el Usuario consulta los beneficios adicionales, el sistema incluye el *CU Agregar Beneficios*.
  - h. El sistema despliega las coberturas de interés ingresadas.
  - i. El sistema permite ver la imagen del plan de salud complementario en formato pdf.
  - j. El sistema permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada a cada plan de salud complementario en formato pdf.
  - k. El sistema permite imprimir la lista de planes ofrecida.
  - l. Si el Usuario imprime la lista de planes ofrecida, entonces *Incluye el CU Imprimir Oferta de Planes*.
- 3- Si el Usuario ha seleccionado solo un plan de salud complementario, entonces el sistema despliega las características del plan de salud complementario.
- a. Despliega el código y nombre del plan de salud complementario elegido.
  - b. Despliega la cotización del plan de salud complementario, es decir, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
  - c. Despliega la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido.
  - d. Permite ver la imagen del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
  - e. Permite ver la imagen de la Selección de Prestaciones Valorizadas del plan de salud complementario elegido, en formato pdf.
  - f. Despliega las coberturas de interés ingresadas y que corresponden al plan de salud complementario elegido.
  - g. Despliega la descripción de los beneficios especiales incluidos en el plan de salud complementario elegido.
  - h. Despliega los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, si corresponde.
    - (i) Muestra el nombre del beneficio adicional.

- (ii) Muestra la cotización del beneficio adicional para el grupo familiar, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
  - i. El sistema permite agregar beneficios adicionales disponibles.
  - j. Si el Usuario agrega beneficios adicionales al plan de salud complementario, entonces el sistema incluye el **CU Agregar Beneficios**.
- 4- El sistema debe mostrar la fecha hasta cuándo se mantiene vigente la oferta de planes entregada, que será hasta el último día del mes en curso.
- 5- El sistema debe mostrar el grupo familiar para el cual fue creada la oferta de planes desplegada.
  - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
  - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
  - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculada a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
- 6- El sistema debe mostrar el valor GES mensual por beneficiario expresado en la unidad monetaria seleccionada, UF o peso nacional.
- 7- El sistema debe permitir acceder a información de ayuda relativa al beneficio GES.
- 8- Si el Usuario consulta la GES, entonces el sistema despliega información del GES.
  - a. El sistema despliega información general de que es el GES.
  - b. El sistema permite extender la información del GES accediendo a la información que posee la Isapre del GES.
  - c. El sistema permite consultar la red de atención GES de la Isapre.
- 9- El sistema permite en todo momento salir de la consulta de planes de salud.
- 10- Si el Usuario sale de la consulta de planes de salud, entonces pasa al **CU Guardar Sesión de Consulta**.
- 11- Fin del caso de uso.

#### Cursos alternativos.

- No hay.

#### 3.5.2.1.8 Caso de Uso Llenar formulario de contacto

**Identificador:** CU008

**Tipo:** Secundario y Esencial.

**Actores:** Usuario, Representante Isapres.

**Propósito:** Propósito del caso de uso.

**Precondiciones:**

- No hay.

**Pos condiciones:**

- No hay.

**Resumen:** Este caso de uso permite llenar un formulario de contacto para comunicarse con la Isapre y hacer llegar los comentarios, consulta o solicitud de información. Permite además, indicar cómo prefiere ser contactado el Usuario. En este caso la Isapre queda autorizada a rescatar los datos del Usuario con el objeto de poder contactarlo.

#### Curso normal de los eventos.

- 1- El caso de uso comienza cuando un Usuario indica que quiere llenar el formulario de contacto con la Isapre.
- 2- El sistema solicita ingresar el nombre completo y el RUT.
- 3- El Usuario ingresa su nombre completo y su RUT.
- 4- El sistema solicita ingresar un correo electrónico.
- 5- El Usuario puede ingresar su correo electrónico.
- 6- El sistema solicita ingresar uno o dos números de teléfono de contacto.
- 7- El Usuario puede ingresar uno o dos números telefónicos.
- 8- El sistema solicita ingresar una dirección de contacto.
- 9- El Usuario puede ingresar una dirección de contacto.
- 10- El sistema solicita indicar la forma de contacto, considerando como opciones: Correo electrónico, Teléfono o Visita representante.
- 11- El Usuario indica la forma de contacto que prefiere.
- 12- Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *correo electrónico*, entonces se debe validar que se ha ingresado un correo electrónico válido para contacto.
- 13- Si el Usuario indica que quiere ser contactado por *teléfono*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico de contacto.
- 14- Si el Usuario indica que quiere ser contactado mediante *visita representante*, entonces se debe validar que se ha ingresado al menos un número telefónico.
- 15- El sistema solicita ingresar las consultas, comentarios o peticiones.
- 16- El Usuario ingresa sus consultas, comentarios o solicitudes de información.
- 17- El sistema permite enviar los datos de contacto o volver a la consulta de planes.
- 18- El Usuario puede enviar los datos de contacto y volver a la consulta de planes.
- 19- Fin del caso de uso.

#### Cursos alternativos.

- No hay.

#### 3.5.2.1.9 Caso de Uso Imprimir Oferta de Planes

**Identificador:** CU010

**Tipo:** Secundario y Esencial.

**Actores:** Usuario.

**Propósito:** Imprimir el listado de planes de salud entregado como resultado.

**Precondiciones:**

- Haber una lista de planes de salud ofrecida.

**Pos condiciones:**

- No hay.

**Resumen:** Este caso de uso permite imprimir la lista de planes de salud ofrecida asignándole un folio único de oferta ordenados por modalidad de plan, primero los planes cerrados, luego los planes con prestador preferente y por último los planes de libre elección. Además de las principales características de cada plan de salud complementario y las condiciones y duración de la oferta.

### Curso normal de los eventos.

- 1- El sistema identifica a la Isapre imprimiendo el logo de la empresa.
- 2- El sistema debe asignar un folio único a la oferta de planes e imprimirlo.
- 3- El sistema imprime la fecha actual.
- 4- El sistema imprime las condiciones del grupo familiar a quien se ofrece la oferta.
  - a. Debe mostrar el tipo de beneficiario del grupo familiar, cotizante o carga.
  - b. Debe mostrar el sexo de cada beneficiario del grupo familiar.
  - c. Debe mostrar la edad de cada beneficiario del grupo familiar, calculado a partir de la fecha de nacimiento ingresada.
- 5- El sistema imprime la fecha de término de duración de la oferta de planes, que será el último día del mes en curso.
- 6- El sistema imprime la lista de planes de salud de la oferta ordenados por modalidad de plan.
  - a. Despliega primero los planes de salud Cerrados ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
  - b. Despliega luego, los planes de salud con Prestador Preferente ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
  - c. Despliega enseguida, los planes de salud Libre Elección ordenados por cotización de menor a mayor valor, si corresponde o hay planes de esta modalidad.
- 7- El sistema debe mostrar para cada plan de salud complementario de la lista sus características.
  - a. El código y nombre del plan de salud complementario.
  - b. La cotización total de los beneficios considerados, esto es, el precio base del plan por la sumatoria de los factores de riesgo del grupo familiar más el valor GES para el grupo familiar, la cotización por los beneficios adicionales agregados al plan de salud complementario elegido, expresado en la unidad monetaria seleccionada.
  - c. Las coberturas de interés ingresadas por el Usuario.
- 8- El sistema debe imprimir qué valor de UF se está utilizando para los cálculos.
- 9- Fin del caso de uso.

### Cursos alternativos.

- No hay.

### 3.6 Modelo Conceptual del Dominio de la Solución

#### 3.6.1 Diagrama de clases del negocio

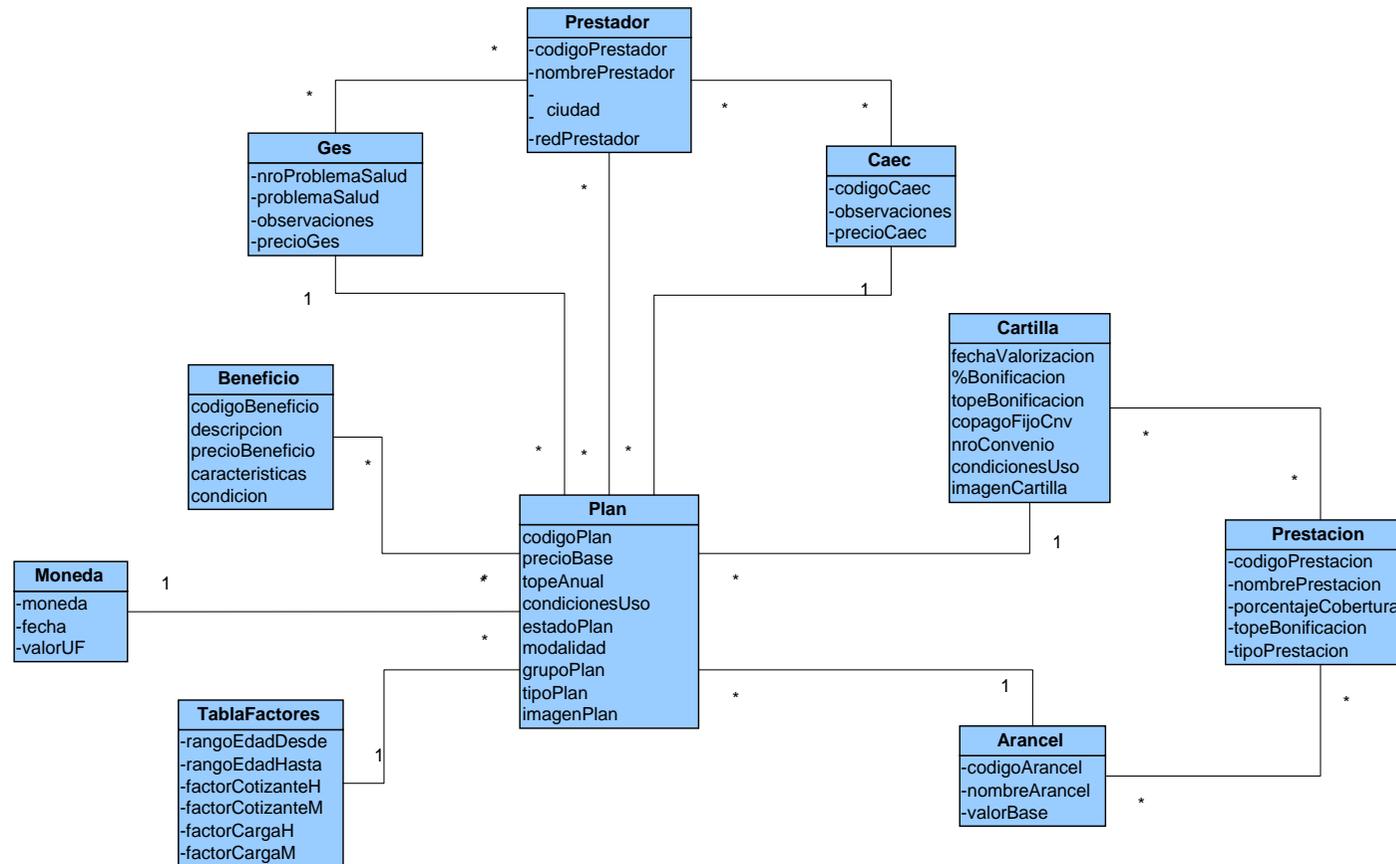


Figura 3: Diagrama de Clases del Dominio del Negocio.

## **3.6.2 Especificación**

### **3.6.2.1 Clase Plan**

La clase **Plan** almacena los diferentes planes de salud definidos por la Isapre para ser comercializados, así como sus características, condiciones de uso y comercialización. Algunas de sus características son el tipo y la modalidad del plan, definidas por norma. Los grupos de planes pueden definirse en: planes con menor cobertura maternal, planes nacionales, planes internacionales, planes con renuncia de excedentes (sólo para planes individuales compensados), entre otros.

## Estructura de la clase Plan:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoPlan	Código que identifica en forma única a un plan de salud complementario	Obligatorio	Mayor a 0		Designado por sistema.
precioBase	Precio base de un plan	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	El límite es el precio base mayor del mayor de los planes.
topeAnual	Tope anual por beneficiario de un plan	Opcional	Mayor a 0	Decimales positivos "sin tope"	
condicionesUso	Condiciones de uso de los beneficios de un plan de salud complementario	Obligatorio			
estadoPlan	Indicador del estado de un plan	Obligatorio	Comercial	Comercial, Ofertado	
modalidadPlan	Modalidad en que se entrega el plan de salud complementario	Obligatorio		Libre elección, Cerrado, Prestador preferente	
grupoPlan	Grupo al que pertenece el plan de salud complementario	Obligatorio		Cobertura maternal, Nacional e internacional, con/sin cuenta corriente de excedentes	
tipoPlan	Tipo de plan de salud complementario	Obligatorio		Individual, Individual Compensado	
imagenPlan	Archivo pdf del plan de salud complementario	Obligatorio			La imagen debe corresponder al plan de salud complementario registrado.

### 3.6.2.2 Clase Selección de Prestaciones Valorizadas

La clase Selección de Prestaciones Valorizadas almacena la Selección de Prestaciones Valorizadas asociada al plan de salud complementario.

Estructura de la clase Selección de Prestaciones Valorizadas:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaValorizacion	Fecha de valorización	Obligatorio	1° mayo del año		Esta fecha corresponde al 1 de mayo de cada año.
%Bonificacion	Porcentaje de bonificación por prestación		Mayor a 0	Decimales positivos	
topeBonificación	Valorización del tope de bonificación en pesos	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos, "sin tope"	
copagoFijoCnv	Copago fijo de prestaciones para prestadores en convenios	Opcional	0	Enteros positivos	El uso de dato excluyente al <b>pBonificacion</b> y <b>topeBonificación</b> . Es dependiente de la existencia de un convenio en <b>nroConvenio</b> . Limite es el copago más alto registrado en cualquier Selección de Prestaciones Valorizadas de la Isapre.
nroConvenio	Numero de convenio	Opcional	0	Enteros positivos	Sujeto a la modalidad del plan.
condicionesUso	Condiciones o consideraciones de uso	Opcional			
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Archivo pdf de la Selección de Prestaciones Valorizadas	Obligatorio			La imagen debe corresponder a la Selección de Prestaciones Valorizadas valorizada registrada.

### 3.6.2.3 Clase Arancel

La clase **Arancel** almacena el arancel de prestaciones asociados al plan de salud complementario.

Estructura de la clase Arancel:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoArancel	Código que identifica al arancel Identificador del arancel	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos+ Letras	Designado por sistema.
nombreArancel	Nombre del arancel	Obligatorio			
valorBase	Valor base del arancel de cada prestación	Obligatorio	0	Decimales positivos	

### 3.6.2.4 Clase Beneficio

La clase **Beneficio** almacena los beneficios disponibles incluidos o adicionales asociados a un plan.

Estructura de la clase Beneficio:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoBeneficio	Identificador	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
descripción	Nombre del beneficio	Obligatorio			
precioBeneficio	Precio del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	
caracteristicas	Descripción, condiciones, restricciones de cada beneficios	Obligatorio			
condición	Indicador de beneficio incluido o adicional al plan de salud complementario	Obligatorio	N	S=(Si) incluido, N=(No)Adicional	

### 3.6.2.5 Clase Ges

La clase Ges almacena los problemas de salud correspondiente a las Garantías Explícitas en Salud.

Estructura de la clase Ges:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroProblemaSalud	Numero que identifica el problema de salud	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
problemaSalud	Descripción del problema de salud	Obligatorio			
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del problema de salud	Opcional			
precioGes	Precio GES	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	

### 3.6.2.6 Clase Caec

La clase Caec almacena las prestaciones o grupos de prestaciones de salud que cubre el beneficio de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas y que es complementario a GES y el plan de salud complementario.

Estructura de la clase Caec:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoCaec	Código que identifica al beneficio CAEC	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por sistema.
observaciones	Observaciones necesarias de establecer del beneficio	Opcional			
precioCaec	Precio CAEC del beneficio	Opcional	0	Decimales positivos	

### 3.6.2.7 Clase Prestación

La clase **Prestación** almacena el listado completo de las prestaciones que deben o pueden ser cubiertas por un plan de salud complementario.

Estructura de la clase Prestación:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoPrestacion	Código de la prestación	Obligatorio	Mayor a 0		Toma el código FONASA de la prestación y cuando no existe en FONASA, se designa por sistema.
nombrePrestacion	Nombre de la prestación	Obligatorio			
porcentajeCobertura	Porcentaje de cobertura libre elección	Obligatorio	Mayor a 0	0-100	
topeBonificacion	Tope de cobertura libre elección	Obligatorio	0	Decimales positivos, "Sin tope"	
tipoPrestacion	Tipo de prestación de salud	Obligatorio		Hospitalarias, Ambulatorias, Otras	

### 3.6.2.8 Clase TablaFactores

La clase **TablaFactores** almacena las tablas de factores de riesgos diferenciados por rango de edad y sexo asociadas al plan de salud complementario.

Estructura de la clase **TablaFactores**:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
rangoEdadDesde	Edad inicio del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
rangoEdadHasta	Edad final del rango	Obligatorio	0	Enteros positivos	
factorCotizanteH	Factor de riesgo para cotizan hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCotizanteM	Factor de riesgo para cotizante mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaH	Factor de riesgo para carga hombre	Obligatorio	0	Decimales positivos	
factorCargaM	Factor de riesgo para carga mujer	Obligatorio	0	Decimales positivos	

### 3.6.2.9 Clase Prestador

La clase Prestador almacena los prestadores de salud disponibles para los planes de salud.

Estructura de la clase Prestador:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoPrestador	Código que identifica al prestador de salud	Obligatorio			Designado por sistema.
nombrePrestador	Nombre del prestador de salud	Obligatorio		<a href="#">Lista de Prestadores</a>	
Ciudad	Nombre de la ciudad donde se ubica el prestador	Obligatorio		<a href="#">Lista de Ciudades</a>	
redPrestador	Red a la que pertenece el prestador	Opcional			

#### 3.6.2.9.1 Lista de Prestadores

A continuación se presenta la lista de prestadores que debe ser considerada por la Isapres en la implementación de la solución.

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica Lautaro	Arica	I
Clínica Mutual Plus	Arica	I
Clínica San José	Arica	I
Mutual ACHS	Arica	I
Sapunar	Arica	I
Clínica Iquique	Iquique	I
Clínica Tarapacá	Iquique	I
Hospital Militar del Norte	Antofagasta	II

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica de la Mujer	Antofagasta	II
Clínica Antofagasta	Antofagasta	II
Clínica La Portada	Antofagasta	II
Clínica del Norte	Antofagasta	II
Clínica Calama	Calama	II
Clínica El Loa	Calama	II
Hospital Salvador Allende	Calama	II
Hospital María Elena	María Elena	II
Clínica Médica Copiapó	Copiapó	III
Mutual ACHS	Copiapó	III
U. Católica	Copiapó	III
Clínica Santa Teresa	Vallenar	III
Manuel Rodríguez	La Serena	IV
Clínica Elqui	La Serena	IV
U. Católica	Coquimbo	IV
Clínica Indisa	Coquimbo	IV
Fundación López Pérez	Coquimbo	IV
Clínica Río Blanco	Los Andes	V
Corporación Hospital Alemán	Valparaíso	V
Hospital Ferroviario de Barón	Valparaíso	V
Clínica Valparaíso	Valparaíso	V
Hospital Van Buren	Valparaíso	V
Hospital Gustavo Frike	Valparaíso	V
Clínica San Antonio	San Antonio	V
Clínica San Julián	San Antonio	V
Hospital Naval Almirante Nef	Viña del Mar	V
Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar	Viña del Mar	V

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Hospital Clínico de Viña del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Ciudad del Mar	Viña del Mar	V
Clínica Reñaca	Viña del Mar	V
Clínica Miraflores	Viña del Mar	V
Clínica Los Abetos	Viña del Mar	V
Sanatorio Marítimo San Juan de Dios	Viña del Mar	V
Clínica Los Carrera	Quilpué	V
Clínica Los Leones	La Calera	V
Hospital Clínico Univ. De Chile J.J.Aguirre	Metropolitano Norte	M
Clínica Dávila	Metropolitano Norte	M
Clínica Maitenes	Metropolitano Occidente	M
Hospital Penitenciario (Gendarmería de Chile)	Metropolitano Central	M
Clínica Juan Pablo II	Metropolitano Central	M
Clínica ASTRA	Metropolitano Central	M
Clínica Central	Metropolitano Central	M
Clínica Sierra Bella	Metropolitano Central	M
Clínica Maternidad Las Violetas	Metropolitano Central	M
Hospital Clínico Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Universidad Católica	Metropolitano Central	M
Clínica Hospital del Profesor	Metropolitano Central	M
Maternidad Presbiteriana Madre e Hijo	Metropolitano Central	M
Clínica Los Coihues	Metropolitano Central	M
Clínica Santa Lucía	Metropolitano Central	M

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Hospital del Trabajador	Metropolitano Oriente	M
Integramédica	Metropolitano Oriente	M
Megasalud	Metropolitano Oriente	M
Hospital Clínico de la FACH	Metropolitano Oriente	M
Hospital DIPRECA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Condes	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alemana	Metropolitano Oriente	M
Hospital de Carabineros	Metropolitano Oriente	M
Clínica Colonial	Metropolitano Oriente	M
Hospital Militar	Metropolitano Oriente	M
Clínica Miguel de Servet	Metropolitano Oriente	M
Clínica Providencia	Metropolitano Oriente	M
Clínica Santa María	Metropolitano Oriente	M
Clínica Sara Moncada de Arias	Metropolitano Oriente	M
Clínica Victoria Rousseau	Metropolitano Oriente	M
Clínica Alenk	Metropolitano Oriente	M
Clínica Avansalud Providencia	Metropolitano Oriente	M
Clínica INDISA	Metropolitano Oriente	M
Fundación López Perez	Metropolitano Oriente	M
Clínica San Carlos U.C.	Metropolitano Oriente	M
Clínica Arauco	Metropolitano Oriente	M
Sonorad	Metropolitano Oriente	M
Clínica MEDS	Metropolitano Oriente	M
Hospital Luis Tisné	Metropolitano Oriente	M
Clínica Oftalmológica IOPA	Metropolitano Oriente	M
Clínica Las Nieves	Vitacura	M
Clínica Tabancura	Vitacura	M
Clínica Vitacura	Vitacura	M

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica Oftalmológica Los Andes	Vitacura	M
Clínica San Bernardo	Metropolitano Sur	M
Hospital Parroquial San Bernardo	Metropolitano Sur	M
CAPREDENA La Florida	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Maternidad y Centro Médico San Gabriel	Metropolitano Sur Oriente	M
Clínica Vespuccio	Metropolitano Sur Oriente	M
Hospital Clínico FUSAT	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Isamédica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica Las Dalías	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica de Salud Integral U. Católica	Libertador Bdo. O'Higgins Rancagua	VI
Clínica del Maule	Maule Constitución	VII
Hospital Regional Talca	Talca	VII
Hospital Regional Bío-Bío	Bío-Bío	VIII
Clínica Los Andes	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Adventista Los Ángeles	Bío Bío Los Ángeles	VIII
Clínica Chillán Mas Vida S.A.	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Las Amapolas	Ñuble Chillán	VIII
Clínica Bío Bío	Concepción	VIII
Clínica y Maternidad Lincoyán	Concepción	VIII
Clínica Francesa	Concepción	VIII
Sanatorio Alemán	Concepción	VIII
Hospital Naval	Talcahuano	VIII
Clínica Médica San José	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Araucanía Sur Temuco	IX
Hosp. Clínico Universidad Mayor	Araucanía Sur Temuco	IX
Clínica Alemana	Valdivia	X

CLÍNICAS PRIVADAS 2006		
Institución	Ciudad	Región
Clínica Alemana Osorno	Osorno	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Montt	X
Clínica Los Andes	Puerto Montt	X
Sur Médica	Los Ríos	X
Hospital Regional Los Ríos	Los Ríos	X
Clínica Alemana Puerto Varas	Puerto Varas	X
Clínica Puerto Montt	Llanquihue-Chiloé-Palena-Castro	X
Hospital Regional Aysén	Aysén	XI
Hospital de las Fuerzas Armadas	Magallanes-Punta Arenas	XII
Hospital Naval	Magallanes-Punta Arenas	XII
Clínica Magallanes	Magallanes-Punta Arenas	XII

## 3.6.2.9.2 Lista de Ciudades

A continuación se presenta la lista de ciudades de Chile ordenadas por región (Más información de [Ciudades de Chile](#)).

Región	Ciudades
Arica y Parinacota	Arica
Tarapacá	Alto Hospicio
	Iquique
	Pozo Almonte
Antofagasta	Antofagasta
	Calama
	Chuquicamata
	Estación Zaldívar
	María Elena
	Mejillones
	Taltal
	Tocopilla
Atacama	Caldera
	Chañaral
	Copiapó
	Diego De Almagro
	El Salvador
	Huasco
	Tierra Amarilla
	Vallenar
Coquimbo	Andacollo
	Combarbalá

Región	Ciudades
	Coquimbo
	El Palqui
	Illapel
	La Serena
	Los Vilos
	Monte Patria
	Ovalle
	Salamanca
	Vicuña
Valparaíso	Algarrobo
	Cabildo
	Calle Larga
	Cartagena
	Casablanca
	Catemu
	Concón
	El Melón
	El Quisco
	Hijuelas
	Isla De Pascua
	Juan Fernández
	La Calera
	La Cruz
	La Ligua
	Las Ventanas
Limache	
Llaillay	

Región	Ciudades
	Los Andes
	Nogales
	Olmué
	Placilla De Peñulas
	Putando
	Quillota
	Quilpué
	Quintero
	Rinconada
	San Antonio
	San Esteban
	San Felipe
	Santa María
	Valle Hermoso
	Valparaíso
	Villa Alemana
Viña del Mar	
Metropolitana de Santiago	Alto Jahuel
	Batuco
	Buin
	Colina
	Curacaví
	El Monte
	Isla De Maipo
	Lampa
	Melipilla
	Paine

Región	Ciudades
	San José De Maipo
	Santiago
	Talagante
	Tiltil
Libertador General Bernardo O'Higgins	Chimbarongo
	Codegua
	Coltauco
	Doñihue
	Graneros
	Las Cabras
	Lo Miranda
	Machalí
	Nancagua
	Peumo
	Pichilemu
	Quinta De Tilcoco
	Rancagua
	Rengo
	Requínoa
San Fernando	
San Francisco De Mostazal	
San Vicente De Taguatagua	
Santa Cruz	
Maule	Bobadilla
	Cauquenes
	Constitución
	Curicó
	Hualañé

Región	Ciudades
	Linares
	Longaví
	Molina
	Parral
	San Clemente
	San Javier
	Talca
	Teno
	Villa Alegre
	Bío Bío
Bulnes	
Cabrero	
Cañete	
Chiguayante	
Chillán	
Coelemu	
Coihueco	
Concepción	
Coronel	
Curanilahue	
Hualpén	
Hualqui	
Huépil	
Laja	
Lebu	
Los Álamos	

Región	Ciudades
	Los Ángeles
	Lota
	Monte Águila
	Mulchén
	Nacimiento
	Penco
	Quillón
	Quirihue
	San Carlos
	San Pedro De La Paz
	San Rosendo
	Santa Bárbara
	Santa Juana
	Talcahuano
	Tomé
Yumbel	
Yungay	
Araucanía	Angol
	Carahue
	Collipulli
	Cunco
	Freire
	Gorbea
	Labranza
	Lautaro
	Loncoche
	Nueva Imperial

Región	Ciudades
	Padre Las Casas
	Pitrufquén
	Pucón
	Purén
	Renaico
	Temuco
	Traiguén
	Victoria
	Villarrica
Los Ríos	Futrono
	La Unión
	Lanco
	Los Lagos
	Paillaco
	Panguipulli
	Río Bueno
	San José De La Mariquina
	Valdivia
Los Lagos	Ancud
	Calbuco
	Castro
	Fresia
	Frutillar
	Llanquihue
	Los Muermos
	Osorno
	Puerto Montt
Puerto Varas	

Región	Ciudades
	Purranque
	Quellón
	Río Negro
Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	Aisén
	Coihaique
	Chile Chico
Magallanes y de la Antártica Chilena	Puerto Natales
	Punta Arenas
	Antártica

### 3.6.2.10 Clase Moneda

La clase **Moneda** registra el tipo de moneda utilizadas para el de cálculo de precios de prestaciones de salud y beneficios. Los tipos monedas pueden ser: peso nacional y unidades de fomento. Se registra además, los valores de las unidades de fomento por fecha.

Estructura de la clase Moneda:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
moneda	Nombre de la moneda	Obligatoria		Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)	
Fecha	Fecha del valor de las unidades de fomento	Obligatorio	Fecha actual		La fecha se asigna si el tipo de moneda es UF.
valorUF	Valor de las unidades de fomento	Obligatoria		Decimales positivos	Este valor se asigna para el tipo de moneda UF.

### 3.6.2.11 Clase ParametroConsulta

La clase **ParametroConsulta** registra los parámetros de consulta ingresados por el usuario durante la navegación en el sistema.

Estructura de la clase ParametroConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroSesion	Número de sesión de consulta	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
fechaSesion	Fecha de sesión de consulta	Obligatorio	Fecha actual		Designada por el sistema.
horaSesion	Hora de sesión de consulta	Obligatorio	Hora actual		Designada por el sistema.
ciudadResidencia	Ciudad de residencia del cotizante	Obligatorio		<a href="#">Lista de Ciudades</a>	
tipoPlan	Tipo de plan ingresado	Opcional		Individual, Individual Compensado	
compensacionPlan	Compensación de plan ingresada	Opcional	0	Decimales positivos y negativos	Este dato se pide si el tipo de plan es "compensado".
coberturaParto	Indicador de cobertura por parto	Opcional	SI	SI=cobertura por parto NO=menor cobertura por parto	
coberturaNacional	Indicador de cobertura nacional o internacional	Opcional	NO	SI=cobertura solo nacional NO=cobertura nacional e internacional	
renunciaExcedentes	Indicador de renuncia a excedentes	Obligatorio(Sólo para planes individuales compensados)	NO	SI=renuncia a excedentes NO=no renuncia a excedentes	
moneda	Tipo de moneda definida para los cálculos	Obligatorio	UF	Peso nacional (\$), Unidades de fomento (UF)	

### 3.6.2.12 Clase BeneficiarioConsulta

La clase **BeneficiarioConsulta** registra los beneficiarios del plan de salud complementario o grupo familiar ingresados en la consulta de planes.

Estructura de la clase BeneficiarioConsulta:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
tipoBeneficiario	Tipo de beneficiario	Obligatorio	Cotizante	Cotizante, Carga legal, Carga médica, Carga legal con aporte. Carga médica con aporte.	
sexoBeneficiario	Sexo del beneficiario	Obligatorio		F=Femenino, M=Masculino	
fechaNacimiento	Fecha de nacimiento del beneficiario	Obligatorio			
factorRiesgo	Factor de riesgo del beneficiario	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema de acuerdo al tipoBeneficiario+ sexoBeneficiario+ fechaNacimiento.
Remuneración líquida	remuneración líquida aproximada del beneficiario	Opcional	0	Enteros positivos	
montoCotizacionlegal	Monto de cotización legal correspondiente a la remuneración líquida ingresada	Opcional	0	Decimales positivos	Dado por el sistema y es el 7% de la remuneración líquida ingresada.
montoCotizacion adicional voluntaria	Monto de cotización adicional voluntaria para un plan de salud complementario	Obligatorio	0	Decimales positivos	No es obligatorio si se ha ingresado la remuneración líquida.

### 3.6.2.13 Clase Resultado

La clase **Resultado** registra los resultados entregados por el sistema de la aplicación de los criterios de búsqueda de planes, asociados a los parámetros de consulta.

Estructura de la clase Resultado:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
folioOferta	Folio asignado a la lista de planes ofertada	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Designado por el sistema.
fechaResultado	Fecha de resultados	Obligatorio	Fecha actual		Asignada por el sistema.
fechaTerminoOferta	Fecha de termino de la vigencia de la oferta	Obligatorio			Dado por sistema corresponde al último día del mes en curso
cotizacionPlan	Monto de cotización total de plan ofrecido	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Calculado por el sistema.
imagenPlan	Nombre y ruta del archivo pdf del plan	Obligatorio			Imagen debe corresponder al plan ofrecido.
imagenSelección de Prestaciones Valorizadas	Nombre y ruta del archivo pdf de la Selección de Prestaciones Valorizadas	Obligatorio			Imagen debe corresponder a la Selección de Prestaciones Valorizadas del plan ofrecido.
tipoResultado	Tipo de resultado entregado	Obligatorio	0	1= Por precio, 2= Por prestador, 3= Por defecto	Si la aplicación de los criterios de búsqueda no arroja resultado se muestra la oferta por defecto.
estadoOferta	Estado de vigencia de la oferta de planes	Obligatorio	V	V=Vigente, F=Vencido	Estado determinado por el sistema de acuerdo a la fecha.
indicadorSeleccion	Indicador de plan seleccionado por el usuario	Opcional	NO	SI=seleccionado, NO=no seleccionado	
indicadorEleccion	Indicador de plan elegido como opción final por el usuario	Opcional	NO	SI=elegido, NO=no elegido	

### 3.6.2.14 Clase BeneficioContratado

La clase **BeneficioContratado** registra los beneficios adicionales al plan contratados por el usuario.

Estructura de la clase **BeneficioContratado**:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
cotizacionBeneficio	Cotización mensual del beneficio adicional contratado	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Se calcula por el sistema de acuerdo al grupo familiar y el precio del beneficio.

### 3.6.2.15 Clase CriteriosBusqueda

La clase **CriteriosBusqueda** registra los criterios de búsqueda aplicados para cada set de parámetros de consulta en la consulta de planes.

Estructura de la clase **CriteriosBusqueda**:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
criterioAplicable	Son los criterios de búsqueda aplicables a los planes para obtener un resultado	Obligatorio			Se construyen a partir de los parámetros de consulta.

### 3.6.2.16 Clase Trazador

La clase **Trazador** registra las prestaciones de selección de los planes libre elección que calcen con el prestador elegido por el usuario. Estos trazadores son 3 prestaciones hospitalarias y 3 prestaciones ambulatorias y serán provistos anualmente por la Asociación a las Isapres antes del 1 de abril de cada año.

Estructura de la clase Trazador:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
codigoPrestacion	Código que identifica a la prestación de selección	Obligatorio			Cargado por sistema.
prestación	Nombre de la prestación de selección	Obligatorio		Día cama, Derecho a pabellón 5, UCI, Consulta médica electiva, Perfil lipídico, Radiografía de tórax	Cargado por sistema.
costoReferencia	Costo referencia de la prestación de selección	Obligatorio	Mayor a 0	Decimales positivos	Cargado por sistema.

### 3.6.2.17 Clase FormularioContacto

La clase **FormularioContacto** registra la información de contacto entre el usuario y la Isapre, estableciendo los datos necesarios para ser contactado y el motivo de su comunicación con la Isapre.

Estructura de la clase FormularioContacto:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
nroFormulario	Número del formulario de contacto	Obligatorio	Mayor a 0	Enteros positivos	Auto-incremento
nombreContacto	Nombre del usuario que estable contacto	Obligatorio			
correoContacto	Correo electrónico del usuario	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es correo electrónico.
telefono_1	Número de teléfono	Opcional			Obligatorio si la forma de contacto es teléfono y visita representante.
telefono_2	Segundo número de teléfono	Opcional			
comentarios	Consultas, comentario, solicitud de información a la Isapre	Obligatorio			
formaContacto	Forma de contacto que prefiere el usuario	Obligatorio		Correo electrónico, Teléfono, Visita representante	

### 3.6.2.18 Clase SesionUsuario

La clase **SesionUsuario** registra la última sesión de consulta del usuario asociada a un correo electrónico y permite ser recuperada.

Estructura de la clase SesionUsuario:

Nombre	Descripción	Condición	Valor por Defecto	Dominio de Valores	Reglas de Validación
fechaSesionU	Fecha de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
horaSesionU	Hora de sesión del usuario	Obligatorio			Designada por sistema.
correoUsuario	Correo electrónico al que se asocia la sesión de consulta	Obligatorio			Correo electrónico aportado por el usuario con una estructura válida.

## 4 DEFINICIÓN DE INTERFACES DEL MODELO

### 4.1 Descripción General

En este apartado se presentan las Interfaces del Modelo de Información de Planes.

Esta propuesta recoge estándares para el desarrollo de interfaces de usuario, elementos de diseño de sitios Web y criterios de usabilidad. Respecto del diseño gráfico de las interfaces, se ha enfocado en elementos estándares, dado que estas interfaces serán finalmente implementadas por cada Isapre, requiriendo ajustarse a las necesidades de imagen corporativa de cada una de ellas.

Se define un boceto de página Web estándar sobre el cual se trabaja cada interfaz, centrándonos en unificar las páginas y secciones a través de estilos predefinidos, en los que se considera los siguientes elementos que componen las interfaces: Navegación, Menú izquierdo, Contenido (layout), Vínculos, Botones de acción. Se han utilizando representativamente otros elementos como la tipografía, íconos y colores.

Referente a la aplicación de estándares de usabilidad, nos basamos en las normas expuestas por *Jacob Nielsen y Rolf Molich* en *Evolución Heurística de interfaces de usuario*<sup>15</sup>, los *criterios de usabilidad de Shneiderman* y en *criterios de usabilidad en la Web propuestos por Steve Drug* en su libro<sup>16</sup>.

La propuesta de Interfaces del Modelo de Información de Planes será presentada agrupando las interfaces de acuerdo a las funcionalidades que satisfacen.

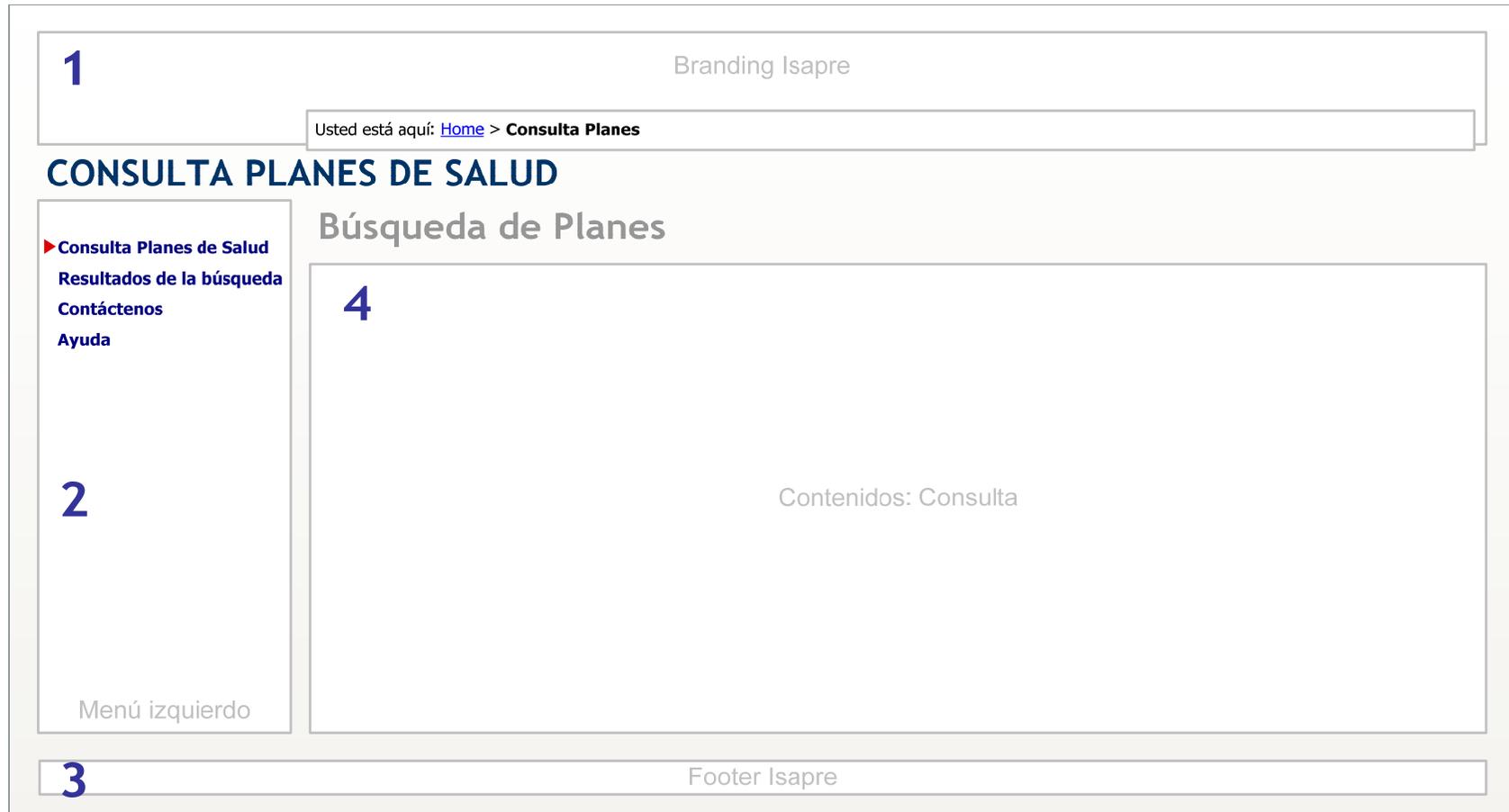
---

<sup>15</sup> Heuristic Evaluation of User Interfaces, 1990.

<sup>16</sup> En su libro "No me hagas pensar. Una aproximación a la usabilidad en la web". 2ª EDICIÓN - Steve Krug (Pearson Educación (Prentice Hall)).

## 4.2 Interfaces Graficas de Usuario

### 4.2.1 Formato general de página



- (1) **Branding:** zona compuesta por el Logo y la Navegación principal del sitio de la Isapre.
- (2) **Menú izquierdo:** zona compuesta por el acceso a las páginas de las opciones de la solución.
- (3) **Footer:** zona que contiene un menú inferior como apoyo a las políticas de la Isapre, por lo que contiene los link de la Isapre, eventos, auspicios, derechos del cliente, por ejemplo.
- (4) **Contenidos:** zona destinada a las distintas interfaces de la solución.

## 4.2.2 Consulta de Planes

### 4.2.2.1 Ingreso a la consulta de planes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#)

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**

- ▶ [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- [Precio plan](#)
- [Coberturas de interés](#)

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Búsqueda de Planes - Recupera Consulta

¿Consulta planes de salud por primera vez?

Si  No

¿Desea recuperar su última sesión de consulta?

Si  No

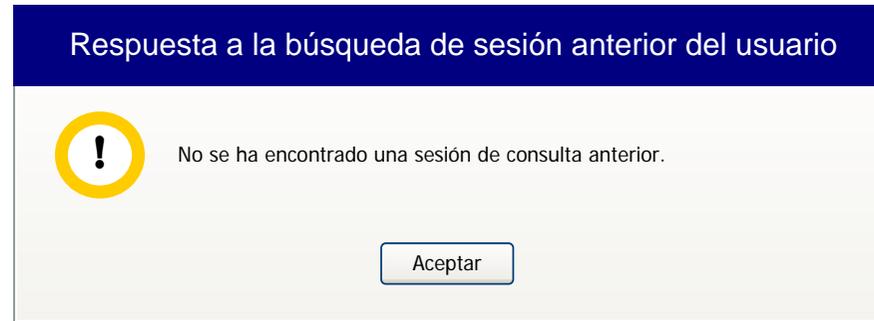
Para recuperar su consulta anterior ingrese su correo electrónico:

 Recuerde que la sesión de consulta se guarda sólo durante el mes en curso.

Salir: Sale de la consulta de planes

Aceptar: Busca la sesión de consulta guardada con ese email y pasa a la consulta de planes

#### 4.2.2.2 Mensaje de Advertencia cuando no se encuentra sesión



### 4.2.2.3 Ingreso de parámetros de consulta – Lugar de residencia

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > **Lugar de residencia**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

- Consulta Planes de Salud
- Recupera consulta
- Lugar de residencia**
- Tipo plan
- Beneficiarios del plan
- Precio plan
- Coberturas de interés

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Búsqueda de Planes - Lugar de Residencia

[> Contáctenos](#)

Seleccione la ciudad donde vive

**Lugar de Residencia**

La ciudad nos permitirá entregarle planes de cobertura en las entidades de salud cerca de donde vive

Pasa a la pantalla de contacto con la Isapre para consultas, sugerencias, solicitud agente venta, etc.

#### 4.2.2.4 Ingreso de parámetros de consulta – Tipo de plan

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > **Tipo plan**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**  
[Recupera consulta](#)  
[Lugar de residencia](#)  
▶ **Tipo plan**  
[Beneficiarios del plan](#)  
[Precio plan](#)  
[Coberturas de interés](#)

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Búsqueda de Planes - Tipo Plan [>Contáctenos](#)

Indique el tipo de plan que desea consultar

Seleccione un Tipo de Plan  Individual Planes donde sólo hay una persona que cotiza la cual puede o no tener cargas

Individual Compensado (Ej. Matrimoniales) Planes donde 2 cotizantes aportan sus cotizaciones para financiar un plan de salud

### 4.2.2.5 Ingreso Beneficiarios del plan Individual y Compensado

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > **Beneficiarios del plan**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**

[Recupera consulta](#)

[Lugar de residencia](#)

[Tipo plan](#)

**► Beneficiarios del plan**

[Precio plan](#)

[Coberturas de interés](#)

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Búsqueda de Planes - Beneficiarios del Plan [> Contáctenos](#)

Ingrese beneficiarios del plan

Nº	Tipo de Beneficiario <span style="font-size: small;">i</span>	Sexo	Fecha Nacimiento	Eliminar Beneficiario
	<b>Cotizante</b>	<input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino	10 / 01 / 1970	✖
1	Carga legal	<input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/> Masculino	dd / mm / aaaa	✖
2	Carga Legal <b>Carga Médica</b> Carga Legal con aporte (opcional) Carga Médica con aporte (opcional)	<input checked="" type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	dd / mm / aaaa	✖

Salir

Volver

Agregar Beneficiarios

Agrega mas líneas para datos de beneficiarios del plan

Siguiente

*1 Cotizante, 1 hijo y cónyuge que aporta al plan*

◇ **Carga Médica:** Toda aquella persona que, sin ser carga legal, sea incluida por el cotizante como beneficiario del plan salud y sea aceptada por la Isapre. La Isapre puede rechazar el ingreso de una carga médica.

#### 4.2.2.6 Ingreso Precio del plan Individual y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > [Beneficiarios del plan](#) > **Precio plan**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

### Consulta Planes de Salud

- [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- ▶ Precio plan**
- [Coberturas de interés](#)

### Resultados de la búsqueda

[Contáctenos](#)

[Ayuda](#)

## Búsqueda de Planes - Precio Plan

[> Contáctenos](#)

### Cuanto desea pagar por su plan

#### Remuneración Líquida aproximada

Cotizante:	<input type="text" value="500.000"/>	<input checked="" type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text" value="35,000"/>	<b>Cotización legal obligatoria</b>	<input type="button" value="Agregar Compensación"/>
Aporte adicional:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> UF <input type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text"/>		
Aporte carga:	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text"/>		
Total Cotización:	<input type="text"/>					

Para efectos del cálculo de las UF se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta

#### 4.2.2.7 Ingreso Precio del plan Individual Compensado y con aportes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > [Beneficiarios del plan](#) > **Precio plan**

### CONSULTA PLANES DE SALUD

- [Consulta Planes de Salud](#)
- [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- ▶ [Precio plan](#)
- [Coberturas de interés](#)

**Resultados de la búsqueda**

[Contáctenos](#)

[Ayuda](#)

## Búsqueda de Planes - Precio Plan

> [Contáctenos](#)

### Cuanto desea pagar por su plan

Remuneración líquida aproximada

<b>Cotizante:</b>	<input type="text" value="500.000"/>	<input checked="" type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text" value="35,000"/>	Cotización legal obligatoria	<input type="button" value="Agregar Compensación"/>
<b>Aporte adicional</b>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> UF <input type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text"/>		
<b>Aporte carga</b>	<input type="text" value="1,00"/>	<input type="radio"/> U.F. <input type="radio"/> Pesos	= \$	<input type="text"/>		
<b>Compensación</b>	<input type="text"/>	U.F. Pesos				
<b>Total Cotización</b>	<input type="text"/>	U.F. Pesos				<input type="button" value="Siguiente"/>

## 4.2.2.8 Ingreso de Coberturas de interés

Usted está aquí : [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > [Beneficiarios del plan](#) > [Precio plan](#) > **Coberturas de interés**

### CONSULTA PLANES DE SALUD

- Consulta Planes de Salud
- Recupera consulta
- Lugar de residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del plan
- Precio plan
- Coberturas de interés**
- Resultados de la búsqueda
- Contáctenos
- Ayuda

## Búsqueda de Planes - Coberturas de Interés [> Contáctenos](#)

Seleccione un prestador de su gusto

Clinica o Centro Médico :

*Pasa al listado completo de prestadores*

Seleccione cobertura de interés

Prefiere menor cobertura de parto

Su plan lo quiere con Cobertura  Nacional e Internacional  Sólo Nacional

Prefiere renunciar a la cuenta corriente de **excedentes**  Si  No

*La renuncia a los excedentes sólo es aplicable a los planes individuales compensados*

*Sale de la consulta de planes y guarda la sesión*

*Diferencia positiva entre la cotización mínima para salud, con el tope legal respectivo, y la suma del precio de las GES y del precio del plan convenido.*

*Si recupera sesión y no hay cambio de parámetros, pasa a ver oferta de planes vigente, No busca planes*

*Busca planes de acuerdo a los parámetros ingresados*

#### 4.2.2.9 Listado Completo de Clínicas y Centros Médicos

Usted está aquí [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > [Beneficiarios del plan](#) > [Precio plan](#) > **Coberturas de interés**

**Consulta Planes de Salud**

[Recupera consulta](#)

[Lugar de residencia](#)

[Tipo plan](#)

[Beneficiarios del plan](#)

[Precio plan](#)

**▶ Coberturas de interés**

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Clínicas y Centros Médicos [> Contáctenos](#)

Seleccione un prestador de su gusto

Selección	Prestador Médico	Ciudad
<input type="radio"/>	Megasalud SA.	Iquique
<input type="radio"/>	Clinica Avansalud Providencia	Santiago
<input checked="" type="radio"/>	Clinica Indisa	Santiago
<input type="radio"/>	Hospital Clínico Universidad de Chile	Santiago
<input type="radio"/>	Clinica Alemana de Puerto Varas	Puerto Montt

Volver

Vuelve a la página de coberturas de interés

#### 4.2.2.10 Salida de la consulta de planes

Usted está aquí: [Consulta Planes](#) > [Recupera consulta](#) > [Lugar de residencia](#) > [Tipo plan](#) > [Beneficiarios del plan](#) > [Precio plan](#) > **Coberturas de interés**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**  
[Recupera consulta](#)  
[Lugar de residencia](#)  
[Tipo plan](#)  
[Beneficiarios del plan](#)  
[Precio plan](#)  
**► Coberturas de interés**

**Resultados de la búsqueda**

**Contáctenos**

**Ayuda**

### Búsqueda de Planes

¿Quiere guardar su sesión de consulta de planes?

Sí  No

Ingrese su correo electrónico, para asociarlo a su sesión de búsqueda:

 Su sesión de consulta se guardará sólo durante el mes en curso

**Salir**  
Sale de la consulta y guarda la sesión con usuario anónimo

**Aceptar**  
Sale de la consulta y guarda la sesión de consulta asociada al mail del usuario

### 4.2.3 Resultado de la Búsqueda

#### 4.2.3.1 Resultado y Planes Alternativos (ver próxima hoja)

Usted está aquí: Consulta planes > Resultados de la Búsqueda > Planes resultantes

## CONSULTA PLANES DE SALUD

### Consulta Planes de Salud

- Recupera consulta
- Lugar de residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del plan
- Precio plan
- Coberturas de interés

### Resultados de la búsqueda

- Planes resultantes
- Beneficios adicionales
- Selección final

### Contáctenos

### Ayuda

Selección	Planes	Cotización	Beneficios Especiales	Sus Coberturas de Interés	Ver		Resultado por precio	Resultado por prestador
					Plan	SPV		
<input type="checkbox"/>	PSC001 - CERRADO 001	4,99 U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	Cobertura normal por parto			<input checked="" type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PSPP002 - PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	Sólo Nacional			<input checked="" type="checkbox"/>	
	PSPP003 - PRESTADOR PREFERENTE 003	50 U.F. 8,	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	Cobertura normal por parto Sólo Nacional				<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	PSLE004 - LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	Nacional e Internacional			<input checked="" type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	PSLE005 - LIBRE ELECCIÓN 005	10,77 U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional				<input checked="" type="checkbox"/>

Despliega el detalle de los beneficios incluidos en el plan

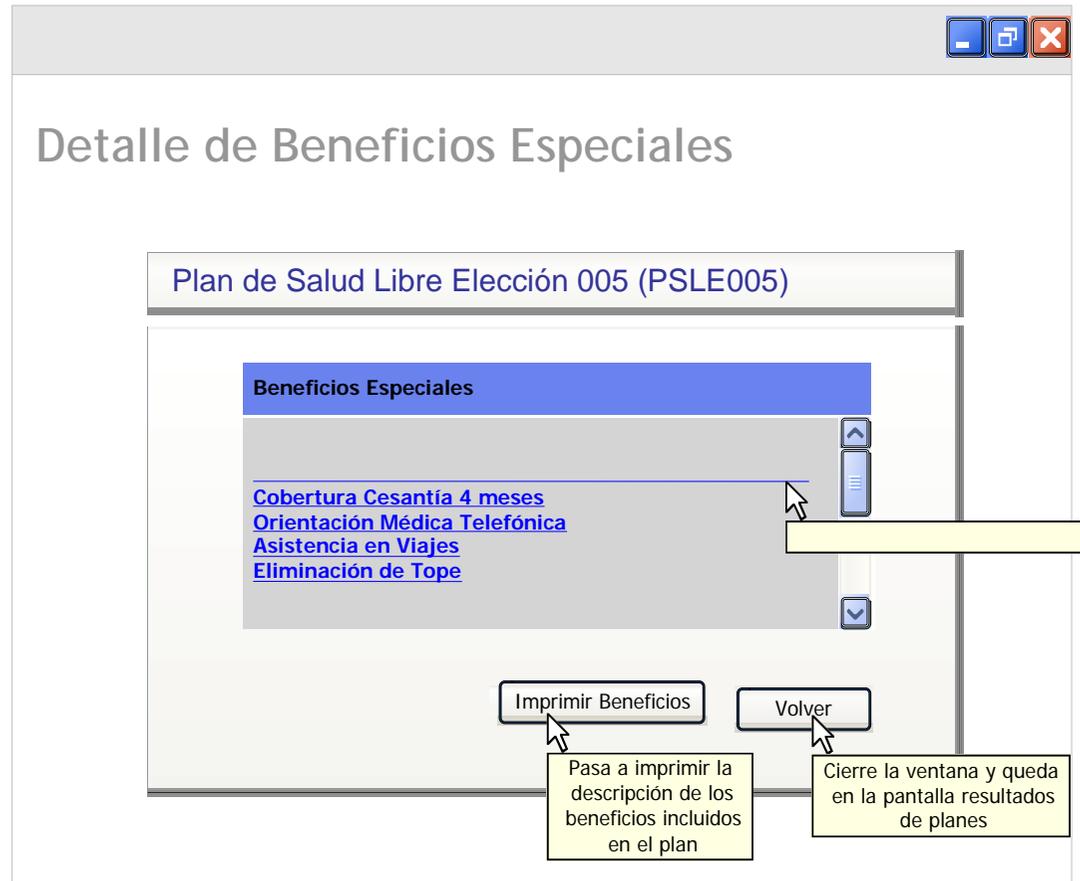
¿Quiere modificar los datos por usted ingresados y obtener otros planes

Si  No

NO valida selección de planes y pasa a la pantalla siguiente, SI vuelve a la consulta de planes

Imprime oferta de planes en pantalla

### 4.2.3.2 Beneficios Especiales del Plan



### 4.2.3.3 Descripción de Beneficios Especiales

The screenshot shows a software window with a title bar containing minimize, maximize, and close buttons. The main content area is titled "Beneficios Especiales" and features a blue header for "Orientación Médica Telefónica". Below the header, there is a scrollable text area containing the following information:

Orientación telefónica a personas que tienen dudas o inquietudes sobre la salud de sus beneficiarios.

A través del fono 600 6000 464 podrá comunicarse con un selecto grupo de médicos y enfermeras para resolver consultas en el ámbito de la salud, las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para hacer uso del beneficio, deberá entregar la siguiente información:

- Nombre completo, RUT y edad del beneficiario.
- Domicilio.
- Teléfono
- Datos específicos, que le serán requeridos por la operadora telefónica

\* Restricciones de este beneficio  
\* Otro tipo de restricción de este beneficio

At the bottom right of the window, there is a "Cerrar" button. A mouse cursor is pointing at it, and a tooltip box displays the text: "Cierre la ventana y queda en la pantalla de beneficios".

#### 4.2.3.4 Layout Impresión de Resultados

**ISAPRE**

Folio Oferta de planes: **123456**

Fecha: dd/mm/aaaa

### OFERTA DE PLANES DE SALUD

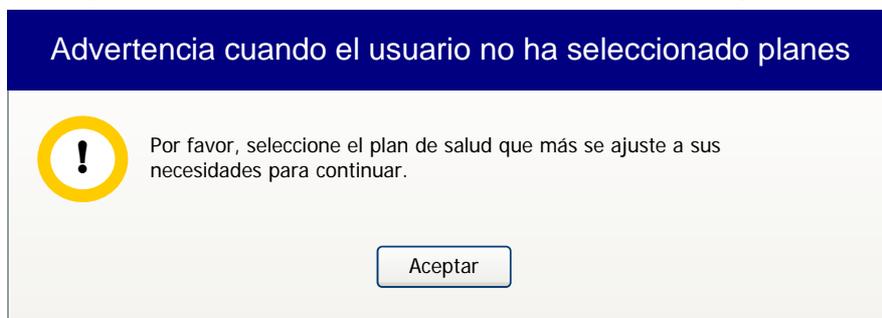
Esta oferta de planes de salud, para 1 cotizante hombre de X años con 1 carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años, se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

Planes Cerrados	Planes	Cotización	Sus Coberturas de Interés
	PSC001 - CERRADO 001	4,99 U.F.	Cobertura normal por parto
Planes con Prestador Preferente	PSPP002 - PRESTADOR PREFERENTE 002	5,35 U.F.	Sólo Nacional
	PSPP003 - PRESTADOR PREFERENTE 003	8,50 U.F.	Cobertura normal por parto Sólo Nacional
Planes Libre Elección	PSLE004 - LIBRE ELECCIÓN 004	5,62 U.F.	Nacional e Internacional
	PSLE005 - LIBRE ELECCIÓN 005	10,77 U.F.	Cobertura normal por parto Nacional e Internacional

**Notas:**

- Valor GES 0,16 U.F. mensual por beneficiario, incluido en la cotización del plan.
- Para efectos del cálculo de las UF, se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

#### 4.2.3.5 Mensaje de Advertencia cuando No Selección de planes



Beneficios Adicionales (ver próxima página)

Usted está aquí : [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Beneficios Adicionales**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

### Consulta Planes de Salud

- [Recupera consulta](#)
- [Lugar de residencia](#)
- [Tipo plan](#)
- [Beneficiarios del plan](#)
- [Precio plan](#)
- [Coberturas de interés](#)

### Resultados de la búsqueda

- [Planes alternativos](#)
- ▶ [Beneficios adicionales](#)**
- [Selección final](#)

### Contáctenos

[Ayuda](#)

## Beneficios Adicionales Opcionales para el plan

[> Con](#)

Cotización de Beneficios Adicionales para su Grupo Familiar		Total
<a href="#">Cobertura Dental</a>	: 0,15 U.F.	
<a href="#">Cobertura Óptica</a>	: 0,32 U.F.	
<a href="#">Farmacia Opción 1</a>	: 0,25 U.F.	
<a href="#">Asistencia en Urgencias</a>	: 0,35 U.F.	
<a href="#">Cobertura para Enfermedades Catastróficas</a>		

Para efectos del cálculo de las UF , se considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta

Salir

#### 4.2.3.6 Layout Impresión de Beneficios Adicionales

<b>ISAPRE</b>	Fecha: dd/mm/aaaa
<b>BENEFICIOS ADICIONALES</b>	
<b>Cobertura Dental</b>	
Bonificación de 70% y 80% sobre el arancel del Colegio de Odontólogos de Chile	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Más de 150 prestaciones cubiertas por este beneficio</li> <li>No se requiere evaluación de riesgo previa para acceder a este beneficio adicional</li> <li>Tope anual de \$500.000 para el 70% y \$600.000 para el 80% por cada beneficiario al año</li> <li>Atención Exclusiva en los Centros <i>Equis</i></li> <li>Exclusivo para planes comercializados en la Región Metropolitana</li> </ul>	
<b>Cobertura Óptica</b>	
Visite cualquier local de Ópticas Rotter & Krauss de Santiago o regiones, presente su receta médica y credencial de beneficiario de Consalud y obtenga automáticamente los siguientes descuentos:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>24% en óptica: Armazones, cristales y tratamientos para cristales, por compras al contado</li> <li>15% en óptica: Armazones, cristales y tratamientos para cristales, por compras a plazo hasta 5 cheques o pago con tarjeta de crédito</li> <li>10% en lentes de contacto, audífonos y lentes de sol por su compra al contado</li> <li>6% en lentes de contacto, audífonos y lentes de sol por su compra a plazo hasta 3 cheques o pago con tarjeta de crédito</li> <li>5% en óptica y armazones por pago hasta 10 cheques</li> </ul>	
<b>Farmacia Opción 1</b>	
Este beneficio de farmacia consiste en un reembolso de medicamentos ambulatorios curativos, permitiendo facilitar el acceso y financiamiento de los medicamentos	
El Beneficio Especial de Medicamentos Ambulatorios otorga coberturas de hasta un 80% de reembolso en medicamentos recetados exclusivamente en forma ambulatoria por un MEDICO CIRUJANO o CIRUJANO DENTISTA con Título reconocido por el Ministerio de Salud de Chile y adquiridos en la RED de Farmacias AHUMADA	
<b>Asistencia en Urgencias</b>	
Ante la ocurrencia de un accidente dentro del territorio nacional continental, se coordinará el traslado de urgencia al centro asistencial más cercano	
Además, el acompañante podrá optar a un servicio de taxi que lo llevará al mismo centrosin cargo para el beneficiario	
También se incluye dentro del beneficio el traslado desde el centro asistencial al domicilio habitual del beneficiario accidentado al ser dado de alta (correspondiente a la primera atención recibida en caso de accidente)	
<b>Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas</b>	

### 4.2.3.7 Selección Final de planes – Más de 1 plan seleccionado

Usted está aquí: [Consulta planes](#) [Resultados de la Búsqueda](#) [Planes alternativos](#) [Beneficios Adicionales](#) **Selección Final**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

Selección Final debe seleccionar una opción de planes [> Contáctenos](#)

Esta oferta de planes de salud para 1 cotizante hombre de X años con 1 carga mujer de X años y 1 carga hombre de X años se mantiene vigente hasta el 29/08/2007.

Selección	Planes	Cotización	Cotización Beneficios Adicionales	Beneficios Especiales	Beneficios Adicionales	Sus Coberturas de Interés	Ver	
							Plan	Cartilla
<input type="radio"/> Opción 1	PSP003- PRESTADOR PREFERENTE	8,50U.F.	1,53U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	<a href="#">Ver Beneficios Adicionales</a>	Cobertura normal por par Sólo Nacional		
<input type="radio"/> Opción 2	PSL004- LIBRE ELECCIÓN 004	5,62U.F.	1,53U.F.	<a href="#">Ver Detalle Beneficios</a>	<a href="#">Ver Beneficios Adicionales</a>	Nacional e Internacional		

Valor GES0,16 U.F. mensual por beneficiario incluido en la cotización del plan. Para efectos del cálculo de las U.F. considera el valor correspondiente al último día del mes anterior a la fecha de consulta.

Garantías Explícitas en Salud

¿Desea continuar el proceso de Afiliación?  Sí  No

Imprimir Resultados

Salida de la consulta de planes y guarda la sesión

Despliega el detalle de los beneficios incluidos en el plan

Pasa a la pantalla de beneficios adicionales

#### 4.2.3.8 Selección Final de planes – Selecciona un plan (ver próxima página)

Usted está aquí: [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > [Planes alternativos](#) > [Beneficios Adicionales](#) > **Selección Final**

## CONSULTA PLANES

### SELECCIÓN FINAL

#### Consulta Planes de Salud

[Recupera consulta](#)

[Lugar de residencia](#)

[Tipo plan](#)

[Beneficiarios del plan](#)

[Precio plan](#)

[Coberturas de interés](#)

#### Resultados de la búsqueda

[Planes alternativos](#)

[Beneficios adicionales](#)

[Selección final](#)

#### Contáctenos

#### Ayuda

Plan de Salud	Características del plan								
<p><b>PSLE004 - LIBRE ELECCIÓN 004</b></p> <p>Cotización: <b>5,62 U.F.</b>                      Cotización Beneficios Adicionales: <b>1,53 U.F.</b>                      Total Cotización: <b>7,15 U.F.</b></p> <p> <a href="#">Ver plan de salud</a>     <a href="#">Ver Cartilla</a></p>	<p><b>Sus Coberturas de Interés:</b>                      Nacional e Internacional</p> <p><b>Beneficios Especiales:</b>  <a href="#">Cobertura Cesantía 4 meses</a>  <a href="#">Orientación Médica Telefónica</a>  <a href="#">Asistencia en Viajes</a>  <a href="#">Eliminación de Tope</a></p> <p><b>Beneficios Adicionales:</b></p> <table> <tr> <td><a href="#">Cobertura Dental</a></td> <td>: 0,15 U.F.</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Cobertura Óptica</a></td> <td>: 0,32 U.F.</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Farmacia Opción 1</a></td> <td>: 0,25 U.F.</td> </tr> <tr> <td><a href="#">Asistencia en Urgencias</a></td> <td>: 0,3 U.F.</td> </tr> </table> <p><a href="#">Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas</a></p>	<a href="#">Cobertura Dental</a>	: 0,15 U.F.	<a href="#">Cobertura Óptica</a>	: 0,32 U.F.	<a href="#">Farmacia Opción 1</a>	: 0,25 U.F.	<a href="#">Asistencia en Urgencias</a>	: 0,3 U.F.
<a href="#">Cobertura Dental</a>	: 0,15 U.F.								
<a href="#">Cobertura Óptica</a>	: 0,32 U.F.								
<a href="#">Farmacia Opción 1</a>	: 0,25 U.F.								
<a href="#">Asistencia en Urgencias</a>	: 0,3 U.F.								

[Agregar Beneficios](#)

Pasa a la pantalla de beneficios adicionales

Esta oferta de planes de salud considera a 1 cotizante hombre de x años, una carga legal mujer de y años y y carga hombre de z años. Esta oferta se mantendrá vigente hasta el 31.08.2007

[Seguir con proceso de afiliación](#)

#### 4.2.3.9 Ayuda CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#)> [Resultados de la Búsqueda](#)> **Planes alternativos**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**  
Recupera consulta  
Lugar de residencia  
Tipo plan  
Beneficiarios del plan  
Precio plan  
Coberturas de interés

**Resultados de la búsqueda**  
▶ [Planes alternativos](#)  
[Beneficios adicionales](#)  
[Selección final](#)

**Contáctenos**  
**Ayuda**

### CAEC - Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas

La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas es un beneficio adicional al plan complementario de salud que las Isapres ofrecen a sus afiliados y beneficiarios y que consiste en el 100% de cobertura para los gastos que superen el deducible

#### ¿Qué se entiende por enfermedades catastróficas

Una enfermedad catastrófica es todo diagnóstico médico, enfermedad o patología cuyos copagos a pagar por el beneficiario sean superiores al deducible que le corresponde pagar al afiliado o beneficiario.

#### Requisito básico para utilizar la CAEC

Antes de utilizar la CAEC, el cotizante y/o beneficiario debe ponerse en contacto con la Isapre de tal forma de coordinar adecuadamente el uso de los prestadores de la RED. El no cumplimiento de este requisito, salvo el caso de urgencias comprobadas, es causal de inaplicabilidad de esta cobertura.

[Consulte la Red de Atención CAEC](#)  
[Obtenga más información sobre el beneficio CAEC](#)

[Volver](#)  
Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

## Red de Atención CAEC

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

### CONSULTA PLANES DE SALUD

#### Consulta Planes de Salud

Recupera consulta  
Lugar de residencia  
Tipo plan  
Beneficiarios del plan  
Precio plan  
Coberturas de interés

#### Resultados de la búsqueda

▶ [Planes resultantes](#)  
[Beneficios adicionales](#)  
[Selección final](#)

[Contáctenos](#)

[Ayuda](#)

### Consulta Red de Atención CAEC

#### Prestadores de la Red de Atención CAEC

Prestador	Dirección	Ciudad	Especialidad
Clinica Hospital del Profesor	Lib.Bdo. O'Higgins4860	Santiago	Alta Complejidad
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont999	Santiago	Alta Complejidad
Hospital de Copiapó	Los Carrera1320	Copiapó	Mediana Complejidad
Hospital Herminda Martín	Francisco Ramírez10	Chillán	Alta Complejidad
Hospital Luis Calvo Mackenna	Antonio Varas360	Santiago	Pediatría
Hospital Regional	Argentina1962	Antofagasta	Alta Complejidad

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de CAEC

## 4.2.3.10 GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

### CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**  
Recupera consulta  
Lugar de residencia  
Tipo plan  
Beneficiarios del plan  
Precio plan  
Coberturas de interés

**Resultados de la búsqueda**  
▶ **Planes resultantes**  
Beneficios adicionales  
Selección final

**Contáctenos**  
**Ayuda**

### GES - Garantías Explícitas en Salud

El AUGE o GES (Garantías Explícitas en Salud), es el derecho que otorga la Ley a todos los afiliados a Fonasa e Isapres y a sus respectivas cargas para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, oportunidad de atención y protección financiera en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud garantizados definidos por el Ministerio de Salud.

[Obtenga más información sobre GES](#)  
Pasa a página de información de la Isapre

[Consulte la Red de Atención GES](#)

[Volver](#)  
Vuelve a la pantalla de detalle de beneficios

#### 4.2.3.11 Red de Atención GES

Usted está aquí [Consulta planes](#) > [Resultados de la Búsqueda](#) > **Planes resultantes**

### CONSULTA PLANES DE SALUD

- Consulta Planes de Salud**
- Recupera consulta
- Lugar de residencia
- Tipo plan
- Beneficiarios del plan
- Precio plan
- Coberturas de interés
- Resultados de la búsqueda**
- ▶ **Planes resultantes**
- Beneficios adicionales
- Selección final
- Contáctenos**
- Ayuda**

## Consulta Red de Atención GES

### Prestadores de la Red de Atención GES

Problema de Salud INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL			
Prestador	Dirección	Ciudad	Tipo Intervención Sanitaria
Hospital Clínico Universidad de Chile	Santos Dumont999	Santiago	Tratamiento
Centro de Diálisis del Maule	Constitución123	Constitución	Transplante renal
Clínica Dávila	Av. Recoleta464	Santiago	Tratamiento
Clínica Iquique	Av. Ramirez123	Iquique	Tratamiento y Transplante renal
Farmacias Ahumada		A nivel nacional	

Volver

Vuelve a la pantalla de ayuda acerca de GES

### 4.2.3.12 Contacto

Usted está aquí **Contáctenos**

## CONSULTA PLANES DE SALUD

**Consulta Planes de Salud**  
Recupera consulta  
Lugar de residencia  
Tipo plan  
Beneficiarios del plan  
Precio plan  
Coberturas de interés

**Resultados de la búsqueda**  
Planes resultantes  
Beneficio Adicionales  
Selección Final

► **Contáctenos**  
**Ayuda**

### Contáctenos

Para contactarse con nosotros agradeceremos llenar el siguiente formulario.

**Datos Personales**  
**Nombre Completo**   
**RUT**   
**Preferencia de Contacto**

**Correo electrónico**

**Teléfonos**

**Háganos llegar sus consultas**

Escriba sus consultas o solicite más información

Envía una solicitud para ser contactado por la Isapre

## 5 ANEXOS

### 5.1 Definiciones

Estas definiciones serán las utilizadas en el modelo al momento que el usuario pase el cursor por dichos conceptos, desplegando su significado.

#### 5.1.1.1 Afiliado

Es la persona que suscribe un contrato de salud con una Isapre, es decir el titular. Tendrán calidad de afiliados al sistema:

- ◇ Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado
- ◇ Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión
- ◇ Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios
- ◇ Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía

El Afiliado es el cliente final de las Isapres y principal consumidor de los productos que ésta comercializa. Interactúa con las Isapres de 2 formas:

- ◇ Deposita la cotización obligatoria en la Isapre, para el caso de los afiliados independientes y paga la cotización a través de su empleador, para el caso de afiliados dependientes.
- ◇ Se beneficia con las prestaciones de salud pactadas en el plan de salud complementario.

#### 5.1.1.2 Empleador

Para nuestros efectos el empleador es la entidad que:

- ◇ Se encarga del pago de la remuneración, en el caso de los trabajadores dependientes, y descuenta las cotizaciones de la remuneración del trabajador y las paga en la isapre.
- ◇ Es la entidad encargada del pago de la pensión, en el caso de los pensionados, y descuenta las cotizaciones de la pensión del pensionado y las paga en la isapre.

- ◇ Negocia los planes colectivos o grupales con la Isapre, para sus trabajadores dependientes.

### 5.1.1.3 Prestadores de salud

Son las entidades de salud, profesionales médicos, paramédicos que se encuentran autorizados para otorgar prestaciones de salud, tales como: hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio consulta, consultorio, y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria.

Los prestadores de salud son las entidades por medio de los cuales, la Isapre entrega las prestaciones de salud y beneficios pactados a sus afiliados. Los prestadores se pueden agrupar en 3 tipos:

- ◇ Prestadores Institucionales. Clínicas, hospitales, centros médicos, etc.
- ◇ Profesionales Médicos.
- ◇ Red de Prestadores. Conjunto de prestadores de salud que en virtud de la ley o convenio entregan las prestaciones, a los beneficiarios de las Isapres.

### 5.1.2 Dominio del Negocio

Las Isapres tienen como única finalidad financiar las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, al afiliado y su grupo familiar.

Estas prestaciones y beneficios son entregados por las Isapres a través de:

- ◇ **Planes de Salud:** que especifican las prestaciones y beneficios de salud, en porcentajes de cobertura o en copagos fijos.
- ◇ **Beneficios Especiales:** son beneficios que la Isapre ofrece a sus afiliados, sin costo adicional sobre el precio del plan de salud complementario contratado. Estos pueden ser:
  - Cobertura Cesantía 4 meses
  - Orientación Médica Telefónica
  - Asistencia en viajes
  - Eliminación de tope anual

### 5.1.2.1 Afiliación

Se materializa en un *contrato de salud privado* donde afiliado e isapre acuerdan libremente los beneficios y condiciones generales y específicas dentro de un marco reglamentario establecido. Los contratos de salud tienen carácter individual, los planes de salud pueden ser individuales, individuales compensados o grupales.

### 5.1.2.2 Contrato de salud

Un Contrato de Salud Previsional es el acuerdo entre una isapre y una persona que desea afiliarse a ella. Se expresa mediante un instrumento formal donde se establecen los derechos, las obligaciones, los beneficios y el precio. El contrato es de duración indefinida y sus beneficios comienzan a regir a partir del mes subsiguiente de la suscripción. Para obtener estos beneficios, la isapre entregará una credencial de salud, que es personal e intransferible.

Forman parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes:

- ◇ Las Condiciones Generales del Contrato
- ◇ El Formulario Único de Notificación (F.U.N.)
- ◇ El Formulario de Declaración de Salud
- ◇ El Plan de salud complementario
- ◇ Selección de Prestaciones Valorizadas
- ◇ Las Garantías Explícitas en Salud (GES)
- ◇ Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)
- ◇ Arancel de Prestaciones

#### 5.1.2.2.1 Condiciones Generales del Contrato

Las condiciones generales del contrato incluyen, entre otros aspectos:

- ◇ Las modalidades para el otorgamiento de los beneficios (Ej.: libre elección, convenios, visación de documentos por parte de la isapre, plazos boletas, programas médicos, etc.), plazos, etc.
- ◇ Las prestaciones mínimas obligatorias y mecanismo para su otorgamiento
- ◇ Las exclusiones y restricciones a la cobertura
- ◇ Los mecanismos de ajuste del precio del plan
- ◇ La reajustabilidad del arancel de prestaciones
- ◇ Las causales y procedimientos del término del contrato
- ◇ Las normas relativas a la adecuación anual del contrato
- ◇ Las obligaciones del afiliado y sus cargas
- ◇ La cláusula de fiscalización y arbitraje

#### *5.1.2.2 Formulario Único de Notificación (F.U.N.)*

Documento en el cual se detalla toda la información requerida respecto del afiliado y sus beneficiarios, del empleador, el nombre del plan pactado, el precio, etc.

Es importante destacar que cuando se registre el domicilio del afiliado, en la sección B del formulario, éste sea efectivamente el lugar donde reside y no la dirección del empleador, dado que a esta dirección la isapre enviará la correspondencia de la revisión anual del contrato, entre otras. Además, esta dirección determinará la COMPIN que le corresponderá para efectos de reclamos sobre licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral.

El afiliado debe avisar a la isapre los cambios de domicilio de él y de su empleador (los cambios de domicilio quedan registrados en otros documentos creados para tal efecto, por lo que es importante que el cotizante verifique su domicilio actualizado en el FUN último suscrito por él).

En el FUN la notificación correspondiente se tipifica con un número, siendo: el 1 utilizado para la notificación de la suscripción del contrato; el 2 para el término del contrato por parte de la isapre; y del 3 al 9 para notificar modificaciones al contrato vigente.

#### *5.1.2.3 Formulario de Declaración de Salud*

Las enfermedades o condiciones de salud preexistentes deberán ser registradas fidedignamente por el afiliado en el documento denominado Declaración de Salud, junto con los demás antecedentes de salud que requiera la Isapre. La Declaración de Salud deberá ser suscrita por las partes en forma previa a la celebración del Contrato o a la incorporación del beneficiario, en su caso. Sólo en este documento se podrán convenir las restricciones de cobertura. La Declaración de Salud forma parte esencial del Contrato; sin embargo, la falta de tal declaración no lo invalidará, pero hará presumir de derecho que la Isapre renunció a la posibilidad de restringir la cobertura o de poner término a la convención por la omisión de alguna enfermedad o condición de salud preexistente.

En ella se deben consignar en forma veraz, todas las enfermedades o patologías, cirugías, secuelas de accidentes, malformaciones y embarazos, tanto del afiliado como de sus cargas beneficiarias y diagnosticadas médicamente, con anterioridad a la firma del contrato, así como otros antecedentes médicos que solicite la isapre, cuyo diagnóstico sea conocido por el afiliado.

El cotizante debe completar la declaración de salud; es su responsabilidad, y no del ejecutivo de ventas de la isapre, exigir que queden registradas todas las enfermedades que declare.

En el caso de incorporación de un nuevo beneficiario, el afiliado deberá completar la declaración de salud del beneficiario que se incorpora, ya que en la mayoría de los casos se trata de un menor de edad. Cuando se trata de un recién nacido, no es necesario dicho trámite. Para incorporarlo basta con realizar su inscripción entre el 7° mes de embarazo y el primer mes de vida, según estipule cada isapre. La cotización correspondiente al recién nacido se devengará como máximo a contar del mes anterior al nacimiento.

Las Isapres cubren ciertas preexistencias de acuerdo a las normas internas de cada institución, pero también pueden establecer determinadas restricciones a la cobertura de las prestaciones que se derivan de tales enfermedades, las que en todo caso, deben ser explicitadas por la isapre en la declaración de salud correspondiente.

La Isapre podrá, durante un período de hasta 18 meses, otorgar una bonificación menor por atención derivada de estas enfermedades. La cobertura no podrá ser inferior al 25% de la establecida en el plan de salud complementario. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N°19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

Transcurrido este plazo, todas las enfermedades declaradas deben ser cubiertas de acuerdo al plan de salud complementario.

El período anterior puede llegar a 36 meses siempre que el afiliado lo solicite y la Isapre lo califique, debiendo la Institución de Salud otorgar la cobertura que el Fondo Nacional de Salud ofrece en la Modalidad de Libre Elección.

La Isapre no está obligada a pagar las atenciones médicas de enfermedades preexistentes no declaradas. Incluso está facultada para poner término al contrato si comprueba esta omisión, acreditando que ésta no obedeció a justa causa de error.

Transcurrido un período de cinco años, la isapre está obligada a dar cobertura, según el plan de salud complementario contratado, a menos que demuestre que durante este período la enfermedad requirió atención y el afiliado lo ocultó a sabiendas de esta disposición legal.

#### 5.1.2.2.4 Plan de salud complementario

En el Plan de Salud Complementario, se estipulan en forma detallada las prestaciones y beneficios a cuyo financiamiento se obliga la Isapre, su precio y las demás condiciones particulares que correspondan.

El Plan de Salud Complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios, cuyos requisitos y efectos regula la ley:

- a) Plan libre elección
- b) Plan cerrado
- c) Plan con prestadores preferentes

Tratándose de planes cerrados o con prestadores preferentes, se identificará en el Plan de Salud Complementario el nombre del o los prestadores institucionales a través de los cuales se otorgarán las prestaciones, sean éstas ambulatorias u hospitalarias, así como los prestadores que subsidiariamente brindarán las atenciones de salud a sus beneficiarios, en el evento de configurarse una insuficiencia. Tratándose de atenciones de urgencia, además, deberán mencionarse los procedimientos para acceder a los prestadores, y la cobertura que se otorgará a esas atenciones, sea que éstas se realicen por dichos prestadores o por otros distintos. En todo caso, con ocasión de una emergencia y habiendo ingresado a un prestador distinto a los señalados en el Plan de Salud Complementario, el afiliado tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el plan y la Isapre, por su parte, a trasladar al paciente a uno de estos prestadores, sujetándose a las reglas señaladas en el artículo 189 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

Cualquiera sea la modalidad convenida, el Plan de Salud Complementario no podrá contemplar una cobertura inferior al 25% de la cobertura que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente. Asimismo, las prestaciones no podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel a que se refiere el artículo 31 de la ley N° 19.966, que establece el Régimen General de Garantías en Salud.

#### 5.1.2.2.5 Selección de Prestaciones Valorizadas

*Es un instrumento que tiene por finalidad facilitar a las personas la comparación entre los diferentes planes ofrecidos por las Isapres. Está constituido por un conjunto de prestaciones médicas que han sido seleccionadas por la Superintendencia de Salud considerando su alto impacto*

*sobre el gasto, mayor frecuencia y/o alto costo, que deberán ser valorizadas por las Isapres en una unidad común, de acuerdo a la cobertura que a dichas prestaciones se les otorgue en los planes de salud con que cuentan las referidas instituciones, señalando además, el porcentaje de bonificación y los topes de bonificación para cada una de ellas en un determinado plan.*

Para la valorización de la Selección de Prestaciones Valorizadas se establece lo siguiente:

- ◇ Los montos máximos de bonificación (topes) de las prestaciones contenidas en la selección de prestaciones valorizadas correspondientes a cada plan, deberán estar expresados en pesos, independiente de las unidades que utilice cada Isapre en la determinación de las bonificaciones de sus planes.
- ◇ Para establecer la equivalencia en pesos de los topes que se encuentran expresados en Unidades de Fomento, las Isapres deberán emplear el valor que tenga asignada dicha unidad en los contratos respectivos, como si las prestaciones se hubiesen otorgado a una fecha determinada.

#### *5.1.2.2.6 Garantías Explícitas en Salud (GES)*

Documento que contiene las Condiciones para acceder a la Cobertura de las Garantías Explícitas en Salud (GES ó AUGE). La sigla AUGE significa Acceso Universal a Garantías Explícitas, la cual fue reemplazada por las Garantías Explícitas en Salud (GES) y se traducen en asegurar Acceso, Calidad, Oportunidad y Protección Financiera a un conjunto de Enfermedades definido por la Ley.

#### *5.1.2.2.7 Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades (CAEC)*

Es el financiamiento del 100% de los copagos originados por enfermedades catastróficas que superen el deducible. El deducible siempre debe ser financiado por el afiliado.

Las Condiciones de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) es el documento que señala las características de este beneficio y su procedimiento de acceso.

La Red Cerrada de Prestadores es el listado de centros asistenciales establecido por la Isapre en donde se otorgará este beneficio adicional.

#### *5.1.2.2.8 Arancel de Prestaciones*

El Arancel de Prestaciones es un catálogo valorizado que contempla, a lo menos, todas las prestaciones del Arancel del Fondo Nacional de Salud en su modalidad de libre elección. El Arancel será utilizado para determinar las prestaciones comprendidas en el Contrato de Salud y la cobertura que a éstas

corresponda, y será reajustado en la forma y condiciones que señale el Plan de Salud Complementario. Dicho Arancel deberá ser identificado en el Plan de Salud Complementario contratado, indicándose, además, la unidad en que se expresa.

La Isapre podrá crear y establecer Normas Técnico-Administrativas, para los efectos de interpretar su Arancel. Dichas normas no formarán parte del presente Contrato y, en ningún caso, podrán imponer a los afiliados restricciones o limitaciones de ninguna especie a los derechos emanados del Contrato de Salud.

### 5.1.2.3 Plan de salud complementario

El Plan de salud complementario está regulado por normativa legal y administrativa que establece la estructura de los planes y regulan los métodos de cálculo para determinar el precio de los planes.

El Plan de salud complementario es el documento que contiene la información necesaria para determinar el nivel de cobertura de las prestaciones consignadas en el arancel de referencia de la isapre y otros beneficios que se hayan pactado.

Las prestaciones consignadas en el plan de salud complementario están contenidas en dos grandes grupos que son:

- ◇ **Ambulatorias**, como por ejemplo, consultas, exámenes, etc.
- ◇ **Hospitalarias**, como por ejemplo, día cama, honorarios médicos quirúrgicos, etc.
- ◇

Existe un tercer grupo que contiene otros beneficios, como por ejemplo, atención dental, óptica, traslados, prótesis y órtesis, etc.

La Bonificación o cobertura para las prestaciones del plan de salud, puede ser el valor total de la prestación o puede expresarse en un porcentaje de esta prestación. Generalmente, está asociada a un tope de bonificación:

- ◇ **Tope de bonificación por prestación y por evento**: es el monto máximo que la isapre bonificará por cada prestación de salud. Puede estar expresado en \$, UF, o Veces Arancel.
- ◇ **Tope de bonificación por grupo de prestaciones por año de contrato**: es el monto máximo que la isapre bonificará por una o un grupo de prestaciones de salud a cada beneficiario en un año de contrato. Pueden estar expresadas en pesos o UF. Este tope se aplica

generalmente a prestaciones fonoaudiológicas, psiquiátricas, psicológicas y de kinesiterapia.

- ◇ Tope general anual de bonificación por beneficiario: es el monto máximo que la Isapre bonificará por beneficiario anualmente para el total de prestaciones: Puede estar expresado en \$ o UF. Ejemplo: tope anual por beneficiario UF 3.000.

La diferencia que se produce entre el valor cobrado por las prestaciones cubiertas por el plan de salud complementario pactado y la bonificación efectiva que otorga dicho plan se denomina **Copago** y es el monto que le corresponde pagar al afiliado.

A diferencia de los demás documentos integrantes del contrato de salud que son iguales para todos los cotizantes de una misma Isapre, el contenido del formulario plan de salud complementario será diferente según el plan que el afiliado contrate, dentro de la variedad de planes que la Isapre tenga para ofrecer (con diferentes coberturas, topes, etc.).

#### *5.1.2.3.1 Precio del Plan de salud complementario*

El precio deberá constar en el Plan de Salud Complementario y se expresa en unidades de fomento o moneda de curso legal en el país. En el caso de Planes de Salud Complementarios grupales y los Contratos de salud que celebren las personas con una isapre cuyo objeto sea financiar prestaciones únicamente a trabajadores de una determinada empresa (inciso final del artículo 200 del DFL N° 1, de 2005, de Salud), el precio podrá expresarse en un porcentaje equivalente a la cotización legal de salud.

El precio final del Plan de Salud Complementario se obtiene de la multiplicación del "precio base", que corresponde al asignado por la Isapre al respectivo plan y que es idéntico para todas las personas que lo contraten, por los factores que correspondan al afiliado y a los beneficiarios, de conformidad a la tabla de factores por sexo, edad y condición de cotizante o carga contenida en el Plan de Salud Complementario, que el afiliado o beneficiario declara conocer y aceptar. Esta tabla no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al plan, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente, lo que requerirá autorización previa de la Superintendencia de Salud. Dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

El precio final del Plan de Salud Complementario podrá variar por los siguientes motivos:

- a) Por revisión y adecuación del Contrato de Salud conforme al inciso tercero del artículo 197 del DFL N° 1, de 2005, de Salud.
- b) Por variación del número de beneficiarios, aplicando la Tabla de Factores contenida en el Plan de Salud Complementario. En este caso, el nuevo precio regirá a partir del mes siguiente de efectuada la modificación.
- c) Por el aumento o reducción del factor que corresponda al afiliado o beneficiario en razón de su edad, según la Tabla de Factores antes referida. El precio del Plan de Salud Complementario variará desde el mes siguiente en que se cumpla la anualidad.
- d) Por reajuste anual, una vez cumplidos los respectivos períodos anuales, tratándose de planes pactados en pesos. El índice de variación que utilizará y la fecha de su aplicación deberán consignarse en el Plan de Salud Complementario.

#### *5.1.2.3.2 Cotización de Salud*

La cotización para salud del afiliado, corresponderá a la suma del precio del Plan de Salud Complementario, calculado en la forma indicada en el artículo anterior; más el precio de la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC), si corresponde; más el precio que la Isapre cobre por el aseguramiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES); y, más el precio de los beneficios adicionales contratados por el afiliado, si corresponde, todos los cuales se detallan en el F.U.N. respectivo. La cotización para salud del afiliado, deberá ser declarada y pagada por el empleador, entidad encargada del pago de la pensión, trabajador independiente o imponente voluntario, según sea el caso, dentro de los 10 primeros días del mes siguiente a aquél en que se hayan devengado las remuneraciones, pensiones y rentas correspondientes, plazo que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo. Sin embargo, cuando el empleador realice la declaración y el pago de las cotizaciones, a través de un medio electrónico, el plazo se extenderá hasta el día 13 de cada mes, aún cuando éste fuere día sábado, domingo o festivo. El pago deberá efectuarse en las oficinas de atención de público de la Isapre o en las entidades o instituciones recaudadoras autorizadas por ella. Para tales efectos, el valor de la unidad de fomento será el del último día del mes anterior al del pago de la cotización.

En caso de no pago de la cotización pactada para salud, la Isapre deberá informar tal circunstancia al afiliado, sea cotizante dependiente, pensionado, independiente, voluntario o cesante, dentro de los tres meses siguientes contados desde aquél en que no se haya pagado la cotización.

La falta de pago de la cotización por parte del empleador o por parte de la entidad encargada del pago de la pensión, no faculta a la Isapre para poner término al Contrato, ni para suspender el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. En el evento que el cotizante dependiente perdiera su calidad

de tal por cualquier causa, será considerado para los efectos de este Contrato, como afiliado en situación de cesantía, y en tal caso, será el obligado directo del pago de la cotización para salud.

En el caso de trabajadores independientes, cotizantes voluntarios o trabajadores que, habiendo sido dependientes, se encuentren en situación de cesantía, la falta de notificación oportuna, señalada en el párrafo anteprecedente, además, impedirá a la Isapre poner término al Contrato por no pago de la cotización y cobrar intereses, reajustes y multas.

#### **5.1.2.3.2.1 Cotización Mínima Obligatoria**

Es el monto mínimo que por ley se descuenta a todo trabajador dependiente o pensionado y corresponde a un 7% de la remuneración imponible, con un tope, para el caso de los trabajadores dependientes, que se establece en el artículo 16 del Decreto Ley N°3.500.

#### **5.1.2.3.3 Tipos de Planes**

Si bien la celebración del contrato es de carácter individual es posible negociar un plan en forma grupal, compensar un plan u optar a planes matrimoniales, con el fin de obtener mejores beneficios que con una cotización individual. Así tenemos que, el Plan de salud complementario puede ser **Individual** o **Grupal**. Los planes individuales pueden ser, a su vez, **Compensados**.

##### **5.1.2.3.3.1 Individuales**

Los planes individuales con aquellos donde sólo hay una persona que cotiza, la que puede o no tener cargas.

##### **5.1.2.3.3.2 Individuales Compensados**

Los planes compensado son aquellos donde un afiliado adscribe a un plan de salud complementario cuyo precio es superior a su cotización individual de salud, caso en el cual su precio final será financiado, además, con la compensación efectuada voluntariamente por otro afiliado de la Isapre. Si la compensación es efectuada entre cónyuges, el plan pasa a llamarse **Matrimonial**.

##### **5.1.2.3.3.3 Grupales**

Este tipo de plan grupal o Colectivo es el plan suscrito por un trabajador dependiente cuya empresa ha negociado un convenio colectivo con la Isapre.

#### **5.1.2.3.4 Modalidades de Planes**

El Plan de salud complementario puede contener alguna de las siguientes modalidades para el otorgamiento de las prestaciones y beneficios:

#### **5.1.2.3.4.1 Plan libre elección**

Es aquél en que la elección del prestador de salud es resuelta discrecionalmente por el afiliado o beneficiario, sin intervención de la Isapre.

#### **5.1.2.3.4.2 Plan cerrado**

Es aquél cuya estructura sólo contempla el financiamiento de todas las atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

#### **5.1.2.3.4.3 Plan con prestadores preferentes**

Es aquél cuya estructura combina la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de determinados prestadores previamente individualizados en el plan.

#### *5.1.2.3.5 Beneficiarios del Plan de salud complementario*

Se entiende como beneficiarios tanto la persona que se afilia a una isapre como a las cargas que esta incluya en su plan de salud (hijos, esposa, abuelos).

Son beneficiarios del Contrato:

- 1) El cotizante;
- 2) las Carga legales: familiares beneficiarios del cotizante (ej. esposa, hijos), y que, respecto del cotizante, cumplen con las calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar, sea que la perciban o no; y
- 3) las cargas médicas: personas que sin ser cargas legales, son aceptadas por la isapre (ej. Padre del cotizante, hermano del cotizante) y cuya aceptación es realizada expresamente por la Isapre.

Las cargas legales y cargas médicas pueden ser Beneficiarios con Aporte, es decir que, sin ser titulares de un contrato, aportan su cotización obligatoria a la isapre en calidad de beneficiario.

Todos los beneficiarios del presente Contrato deberán ser consignados en el Formulario Único de Notificación (F.U.N.).

Consideraciones respecto de la Calidad de Familiar Beneficiario: Se distinguen dos casos:

- a) Adquisición y pérdida de la calidad de familiar beneficiario: Por el sólo ministerio de la ley, se extenderán los efectos del Contrato a todo nuevo familiar beneficiario que declare el cotizante, suscribiendo el F.U.N. respectivo, y se extinguirán respecto de quienes pierdan dicha condición.

Cuando se adquiera o pierda la calidad de familiar beneficiario, el cotizante deberá informarlo y acreditarlo en la Isapre, a la brevedad posible, para incorporar o excluir a dicho beneficiario mediante el F.U.N. respectivo.

Si la Isapre toma conocimiento de la pérdida de la condición de familiar beneficiario podrá retirarlo del Contrato emitiendo el F.U.N. correspondiente desde ese momento y hasta el vencimiento de la próxima anualidad del Contrato. En caso de no hacerlo, se entiende que la Isapre optó por mantenerlo como carga médica.

b) Familiar beneficiario recién nacido: El familiar beneficiario recién nacido del cotizante será beneficiario del presente Contrato desde su nacimiento, si es inscrito en la Isapre antes de cumplir un mes de vida. Cumplida esta condición, los beneficios se otorgarán desde su nacimiento, los que se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior del nacimiento, sin necesidad de llenar una Declaración de Salud.

Si la inscripción del familiar beneficiario se realiza después de cumplido un mes de vida y antes de los 90 días posteriores a su nacimiento, y siempre que éste no se encuentre bajo el amparo de algún sistema previsional de salud, los beneficios se otorgarán desde el mes de su incorporación a la Isapre y se financiarán con la cotización descontada de la remuneración devengada en el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción y en este caso se deberá llenar una Declaración de Salud.

## 5.2 Definiciones, Siglas y Abreviaciones

### 5.2.1 Siglas

AUGE	Acceso Universal con Garantías Explícitas
CAEC	Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile
CU	Casos de Uso
FUN	Formulario Único de Notificación
GES	Garantías Explícitas de Salud
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
MIP	Modelo de Información de Planes
RUN	Rol Único Nacional
RUT	Rol Único Tributario
SIS	Superintendencia de Salud
UML	Lenguaje Unificado de Modelado

### 5.2.2 Abreviaciones

MINSAL	Ministerio de Salud
Modelo	Modelo de Información de Planes, nombre de la solución propuesta.
Régimen	Régimen de Prestaciones de Salud
Superintendencia	Superintendencia de Salud
SuperSALUD	Superintendencia de Salud

### 5.3 Ciudades de Chile

La Ciudad no es una división político-administrativa de Chile, por lo que no existe una definición de ciudad y designación de las ciudades del país reguladas por norma. Para efectos de determinar las ciudades de Chile, se usa la definición e información que entrega el INE, que define según diversas características de población a los centros poblados como ciudades, pueblos o aldeas. Se tomó como referencia la publicación actualizada<sup>17</sup> "Chile: Ciudades, Pueblos, Aldeas y Caseríos, Censo 2002".

En el punto 3.6.2.9.2 se presenta el listado de ciudades que debe ser considerado por las Isapres al momento de implementar el Modelo del Información de Planes, además de algunos conceptos geográficos que ayudan a entender cómo se determina cada ciudad de la lista.

- **Ciudad:** Desde el punto de vista sociológico, la ciudad puede ser definida como un establecimiento relativamente grande, denso y permanente de individuos socialmente heterogéneos. Para efectos del Censo, en Chile es la entidad urbana que posee más de 5.000 habitantes.
- **Ciudades Mayores:** Son ciudades capitales regionales o provinciales, que cuentan con una población entre 100.001 y 500.000 habitantes.
- **Grandes Áreas Urbanas:** Son áreas macrourbanas, que aunan entidades de diversas comunas y que por procesos de conurbación han conformado una gran área urbana, sin apreciarse límites de separación entre ellas. El monto poblacional de estas áreas en su conjunto, supera los 500.000 hasta 1.000.000 de habitantes.
- **Metrópolis:** Es la mayor representación urbana que tiene un país; concentra más de un millón de habitantes que corresponden a un elevado porcentaje de la población total nacional.

<sup>17</sup> Período de la información: 2005, Publicación Decenal. Fecha de Publicación Junio de 2005.

- **Entidad Urbana:** Conjunto de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con el 50% o más de su población económicamente activa, dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente, los centros poblados que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población se consideran urbanos.