

Boletín N°32

Cobertura Adicional Enfermedades Catastróficas (CAEC)

Este beneficio adicional otorga a los afiliados de Isapres una cobertura financiera adicional para enfermedades de alto costo que no están comprendidas en el GES o Auge. Consiste en la cobertura íntegra de todas las prestaciones que superen un deducible anual (copago) de 30 cotizaciones mensuales, con tope de UF126 y mínimo de UF60, que sean otorgadas exclusivamente con prestadores de la Red CAEC de la respectiva Isapre.

Dado que es un beneficio que voluntariamente han establecido algunas Isapres, en la actualidad es otorgado por Banmédica, Vida Tres , Consalud, Colmena, Cruz Blanca, Más Vida, Ferrosalud y Fundación de Salud El Teniente (Fusat).

Esta cobertura puede ser activada cuando el diagnóstico puede transformarse en una enfermedad catastrófica atendido al costo que implicará, a través del beneficiario o un representante directamente en la Isapre, llenando un formulario destinado al efecto. Como no siempre se tratará de un evento programado, en caso de urgencia con riesgo vital y si el paciente igualmente está internado en un prestador de la red CAEC debe dar aviso a la Isapre en un plazo no superior a 48 hrs. desde el ingreso al establecimiento. Si el paciente no está internado en un establecimiento de la red CAEC debe dar aviso de inmediato a la Isapre y solicitar el traslado a la red, bajo la autorización del médico tratante. La Isapre deberá derivar al paciente en un plazo máximo de dos días.

La cobertura CAEC no incluye atenciones ambulatorias, excepto las que se mencionan expresamente a continuación: drogas inmunosupresoras en caso de trasplantes, radioterapia, drogas citotóxicas en ciclos de quimioterapia por cáncer y medicamentos coadyuvantes en estos ciclos.

La CAEC no cubre:

- Prestaciones cubiertas por la GES
- Exclusiones del contrato de salud
- Tratamientos cosméticos o con fines de embellecimiento
- Tratamientos hospitalarios psiquiátricos, adicciones a drogas o alcoholismo
- Tratamientos de infertilidad o esterilidad
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, distinto al autorizado y cubierto por la CAEC.
- Tratamiento posterior a un tratamiento de obesidad, quirúrgico o no, que tenga carácter cosmético (ej. abdominoplastía)
- Tratamientos odontológicos
- Tratamientos, fármacos y técnicas experimentales no avaladas por las sociedades científicas correspondientes.

- Medicamentos o insumos no registrados en el ISP
- Atención domiciliaria, salvo la expresamente autorizada en la CAEC
- Prestaciones fuera del país o de la Red CAEC
- Prestaciones o medicamentos ambulatorios
- Prestaciones no detalladas en el arancel del plan, u homologadas

Coberturas especiales CAEC:

Obesidad Mórbida: La CAEC considera esta cobertura cuando no se trata de instalación de balón intragástrico, cumpliéndose con las siguientes condiciones: vigencia en la Isapre superior a 18 meses; IMC igual o superior a 40; fracaso de un tratamiento médico anterior de a lo menos un año; contar con la autorización de un psiquiatra designado por la Isapre; utilizar establecimiento de la Red.

Hospitalización Domiciliaria CAEC: Para que se autorice debe existir una solicitud a la Isapre para un paciente hospitalizado sin alta médica y que no se justifique solamente por la administración de medicamentos. La empresa que otorgue la hospitalización domiciliaria debe estar acreditada y cumplir con las exigencias sanitarias y legales correspondientes. Se excluyen los tratamientos de enfermedades cónicas y de antibióticos.

Complementación GES-CAEC: Dado que la cobertura GES contempla un listado específico de prestaciones, taxativo para cada problema de salud, la cobertura especial GES-CAEC se aplicará sólo para las prestaciones no contenidas en el listado específico GES, pero considerados en los protocolos para la solución de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud. Para acceder a este complemento el afiliado deberá hacer uso de la cobertura GES y se abonará para la acumulación del deducible lo acumulado como copago en las atenciones GES, por un mismo diagnóstico y beneficiario. Si no opta por la atención GES el beneficiario sólo tendrá acceso a la cobertura de su plan de salud contratado.

Enero 2014