ANEXO 1

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE COBERTURA

CONVENIO MARCO PARA COLEGIOS - URGENCIA ESCOLAR

UC CHRISTUS SERVICIOS CLÍNICOS SpA

"RED DE SALUD UC CHRISTUS" (2020 – 2021)

I. CONDICIONES GENERALES.

PRIMERO: ANTECEDENTES.

En Santiago de Chile, Región Metropolitana, comparece **UC CHRISTUS Servicios Clínicos SpA** RUT N° 99.573.490-7, para su área de Planes de Salud de la Red de Salud UC CHRISTUS, domiciliada para estos efectos en calle Marcoleta 463, piso 2 comuna y ciudad de Santiago, del giro Prestaciones Médicas, en adelante también como la **Red de Salud UC CHRISTUS** o **"El Prestador ".**

Como prestador de salud **UC CHRISTUS Servicios Clínicos SpA** directamente y/o a través de sus sociedades relacionadas, pertenecientes también a la **Red de Salud UC CHRISTUS** poseen las instalaciones, personal, equipamiento y conocimiento necesarios para otorgar una adecuada atención de salud en los casos contemplados en el presente instrumento de acuerdo a su nivel de resolución clínica.

Para los efectos de lo señalado en el párrafo precedente, se deja constancia que el Prestador mantiene contratos de prestación de servicios y acuerdos internos con los diversos prestadores y/o empresas relacionadas pertenecientes a la **Red de Salud UC CHRISTUS** para la efectiva y debida prestación de los Servicios regulados en el presente instrumento.

SEGUNDO: DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO.

La **Red de Salud UC CHRISTUS** otorgará atención médica de urgencia ambulatoria y hospitalaria en los Establecimientos Prestadores durante las

24 horas del día los siete días de la semana, y todos los días del año a todos aquellos que, en conformidad con el **CONVENIO MARCO PARA COLEGIOS - URGENCIA ESCOLAR**, en adelante también "Convenio Marco", del cual el presente instrumento es accesorio, tengan la calidad de beneficiarios y que así lo requieran a raíz de la ocurrencia de alguna de las causales previstas para ello en este instrumento.

Se hace presente que se entenderá como Establecimientos Prestadores exclusivamente al Servicio de Urgencia de la Clínica San Carlos de Apoquindo, ubicada en calle Camino El Alba Nº 12.407 (Antes Nº 12.351), comuna de Las Condes, Región Metropolitana, y Servicio de Urgencia del Hospital Clínico de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, ubicado en calle Marcoleta 347, comuna y ciudad de Santiago, Región Metropolitana. Sin perjuicio de lo anterior, el Prestador podrá disponer de otros centros de atención para otorgar las prestaciones asociadas al Convenio Marco.

Los beneficiarios del Convenio Marco recibirán todas las prestaciones establecidas en el presente instrumento, a través de los médicos y profesionales de la Salud de los Servicios de Urgencia del Prestador o con aquellos que éste autorice o derive. No se podrá exigir atención especial a través de algún médico en particular.

El Prestador no asume responsabilidad alguna por atenciones de profesionales y/o de establecimientos que en forma electiva hayan sido requeridas por los afiliados y beneficiarios, como asimismo atenciones de profesionales que no sean autorizados o derivados por los Servicios de Urgencia de el Prestador.

TERCERO: ÁMBITO DE COBERTURA.

La cobertura del Prestador procederá ante la ocurrencia de **un accidente de origen traumático,** ocurrido en forma involuntaria, repentina y fortuita, causado por medios externos, que afecten el organismo del beneficiario ocasionándole lesiones tales como contusiones, heridas, fracturas o lesiones internas; como asimismo **atenciones de origen no traumático (enfermedades)** y que afecten el organismo del beneficiario. La calificación de evento traumático y evento no traumático corresponderá exclusivamente a los profesionales de la salud, funcionarios, dependientes o relacionados con el Prestador.

CUARTO: **CONTRATANTES Y BENEFICIARIOS.**

Se deja constancia que el Convenio Marco podrá ser suscrito de manera Colectiva por una institución educacional u organización afín, mediante la suscripción de un contrato formal y el pago oportuno de la anualidad respectiva, solo y exclusivamente en beneficio de niños y jóvenes con edad entre 0 años y 26 años y 364 días de edad.

Asimismo, podrán gozar total o parcialmente, en conformidad a lo señalado en el presente instrumento, de los beneficios y prestaciones del convenio, los padres y apoderados de los beneficiarios directos, en cuyo caso no será necesario el pago de anualidad, en conformidad a lo señalado en el presente instrumento, siempre y cuando tanto los unos como los otros cuenten con planes de salud vigentes en cualquier Isapre.

QUINTO: CONDICIONES DE ATENCION MÉDICA.

Para requerir la atención médica correspondiente, el beneficiario afectado deberá presentarse en cualquiera de los Servicios de Urgencia del Prestador, donde recibirá la atención médicos que corresponda. Se excluyen expresamente de cualquier cobertura aquellos tratamientos derivados de consultas médicas programadas que no se deriven de los respectivos servicios de urgencia.

En caso de un accidente deberá presentarse dentro de un plazo máximo de 48 horas después de ocurrido éste, de lo contrario, perderá el derecho a exigir los beneficios descritos en este instrumento.

Los estudiantes menores de edad deberán presentarse acompañados de sus padres, tutores legales o de la persona mayor de edad, a cuyo cuidado se encuentre el menor, quien adicionalmente deberá tener plena capacidad para obligarse y suscribir los documentos que sean necesarios en orden a que los Servicios de Urgencia puedan proveer al beneficiario la atención médica necesaria.

El paciente o su acompañante deberán informar, al ingreso al Servicio de Urgencia, su condición de beneficiario del Convenio Marco. El Prestador exigirá al paciente que acredite su condición de beneficiario mediante la exhibición de la correspondiente cédula de identidad. En caso de que el paciente no pueda acreditar su calidad de beneficiario, deberá pagar el valor

íntegro de los servicios prestados y posteriormente gestionar los reembolsos que sean pertinentes directamente con su sistema de salud previsional.

El mal uso de las coberturas del presente instrumento dará derecho al Prestador para solicitar la exclusión del beneficiario del Convenio Marco respectivo y el cese inmediato de los beneficios y coberturas del presente Anexo. Asimismo, la **Red de Salud UC CHRISTUS** se reserva el derecho de excluir de futuros convenios, a quienes hayan hecho mal uso de los beneficios.

SEXTO: CONDICIONES DE COBERTURA.

Valorización de los Beneficios

El presente Anexo otorga beneficios sobre el copago, entendiéndose por tal, la diferencias entre la cobertura del Sistema de Salud (Isapre o Fonasa) más los seguros que pudiere tener el paciente (seguros complementarios y/o SOAP) y el valor total de las prestaciones cubiertas por este anexo otorgadas en los Servicios de Urgencia, centros ambulatorios y hospitalizaciones. Los beneficios del presente Anexo se entienden complementarios al sistema de salud del beneficiario, información que es conocida y aceptada por el contratante y sus beneficiarios.

Aplicación de los beneficios

Para el caso de prestaciones ambulatorias, los beneficios se aplicarán en línea a través del sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED) otorgando de forma inmediata el beneficio, disminuyendo o eliminando el copago resultante dependiendo de la cobertura. En caso de que no esté disponible o habilitado el sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED), el paciente deberá pagar el 100% del valor de las prestaciones, para posteriormente reembolsar en su Sistema de Salud Previsional y seguros complementarios, si tuviere y luego solicitar al Prestador la devolución del copago correspondiente. Se deja expresa constancia que el sistema (IMED) es operado por una entidad externa a la **Red de salud UC CHRISTUS** y por tanto su funcionamiento es completamente ajeno a su responsabilidad.

En caso de requerir una hospitalización derivada de urgencia, todo paciente o persona que tenga al paciente bajo su cuidado al momento de la admisión deberá firmar un mandato en el cual autoriza al Prestador a solicitar en su

nombre las bonificaciones respectivas al Sistema de Salud Previsional y de las compañías de seguros complementarios, si correspondiere. Una vez recibidas las bonificaciones, correspondiente al Sistema Previsional y seguro complementario, el Prestador aplicará los beneficios del plan de salud correspondiente sobre los copagos resultantes. Una vez aplicado los beneficios se informará vía email al paciente, sobre estado final de su cuenta Hospitalaria.

Si el Sistema de Salud Previsional no emite los bonos al Prestador, por cualquier causa ajena a la voluntad del Prestador, el paciente deberá pagar el 100% del valor de las prestaciones al Prestador, para luego solicitar la bonificación respectiva en su Sistema de Salud Previsional y los seguros complementarios, si tuviere. Una vez acreditada dicha bonificación el Prestador aplicará los beneficios del copago y procederá a devolver el monto respectivo al Paciente.

Las solicitudes de devolución de copago, tanto para prestaciones ambulatorias y/o hospitalarias, se podrán hacer de forma remota a través de correo electrónico. En este caso, cada beneficiario deberá enviar la siguiente documentación al email servicioplanesdesalud@ucchristus.cl, para tener derecho a la devolución, según corresponda, a saber:

Prestaciones Ambulatorias y/u Hospitalarias:

- Bonos y/o boletas de las prestaciones de las cuales solicita devolución de copago.
- Orden de su médico tratante indicando la prestación ambulatoria.
- Liquidación de su seguro complementario, si corresponde.
- Datos de cuenta corriente del beneficiario, para poder gestionar la devolución.
- Es deber del beneficiario adjuntar la información correctamente, quedando el Prestador liberado de cualquier responsabilidad o atraso en la devolución solicitada si se informaron erróneamente los datos bancarios.

El Prestador se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales que permitan la mejor evaluación del caso.

Es obligación del Beneficiario utilizar todas sus coberturas de salud, incluyendo las de su sistema de salud y todos los seguros complementarios

que sean aplicables, previo a la aplicación de los beneficios del Convenio Marco.

La devolución del copago se realizará en un plazo máximo de 7 días hábiles, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente informada por el beneficiario.

En caso de que el beneficiario sea menor de edad la devolución será realizada al Padre, madre o a quien detente el cuidado menor.

La cobertura máxima del presente anexo es de un total (copagos) de $20.000.000.- (veinte millones de pesos). En caso de que el mayor valor de las prestaciones exceda de dicha suma, deberá ser pagado directamente al Prestador por los padres y/o apoderados o la persona responsable. Para la valorización de los servicios del Prestador, se aplicarán sus tarifas vigentes a la fecha en que se realice cada prestación.

II. CONDICIONES APLICABLES A ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA.

SÉPTIMO: COBERTURA ATENCIONES TRAUMÁTICAS (ACCIDENTES).

La atención médica traumática contempla tanto la atención de urgencia como las prestaciones médicas futuras derivadas del mismo evento en el caso de que el paciente requiera tratamientos posteriores, obteniendo cobertura hasta el alta médica respectiva, la que en todo caso no podrá superar un plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del evento traumático.

Para todas las atenciones de origen Traumático, las prestaciones cubiertas por este convenio son las siguientes:

Coberturas en el Servicio de Urgencia

En el caso de un accidente los beneficiarios tendrán derecho a los siguientes descuentos en el copago en el servicio de urgencia:

Servicio	Beneficiario	Cobertura	Prestaciones Incluidas
Urgencias	Alumno	100% de descuento en el copago	Consulta, Imágenes, Laboratorio, Procedimientos, Insumos y Medicamentos.

Cobertura Dental en el Servicio de Urgencia

Servicio	Beneficiario	Cobertura	Prestaciones Incluidas
Urgencias	Alumno	100% de descuento en el copago	primera consulta de urgencia dental. (*)

(*) Esta cobertura solo otorga el descuento establecido en la prestación "consulta de urgencia dental" en horario hábil o Inhábil y las radiografías simples realizadas en la misma consulta de urgencia.

Cobertura Hospitalaria

En el caso de que un beneficiario deba ser hospitalizado en virtud de una derivación de una atención de urgencia de carácter traumático tendrán derecho a los siguientes descuentos en el copago:

Servicio	Beneficiario	Cobertura	Prestaciones Incluidas
Hospitalización	Alumno	100% de descuento en el copago	Día Cama, Pabellón, Honorarios médicos quirúrgicos, Imágenes, Laboratorio, Procedimientos, Insumos y Medicamentos.

Cobertura por continuidad de tratamiento

Si producto de una atención de urgencia por un accidente de origen traumático, el beneficiario requiera tratamientos posteriores para su recuperación, estas prestaciones estarán cubiertas hasta por un año posterior a la ocurrencia del evento traumático.

Servicio	**Beneficiario**	**Copago Máximo**	**Prestaciones Incluidas**
Ambulatorio	Alumno	$0	Consultas traumatológicas, Imágenes, curaciones y Kinesiología (**).

(**) Sólo se cubrirán hasta 10 sesiones de Kinesiología por evento traumático por concepto de continuidad de tratamiento.

Restricciones de cobertura.

- En el caso de agravamiento de una lesión preexistente, a causa de un nuevo evento traumático, el Prestador, solo otorgará beneficios en el servicio de urgencia, no teniendo derecho el beneficiario a las coberturas de hospitalización traumática ni continuidad de tratamiento.
- Ante la ocurrencia de un evento traumático, al ingreso al servicio de urgencia, el Beneficiario deberá completar y firmar la "Declaración de Accidente" para obtener los beneficios y coberturas correspondientes.
- En el caso que el evento traumático se origine producto de un accidente automovilístico, es obligación que el beneficiario haya gestionado la cobertura del Seguro SOAP (Seguros Obligatorio de Accidentes Personales), para poder acceder a los beneficios de las coberturas hospitalarias y de continuidad de tratamiento.

Imposibilidad de otorgamiento de prestaciones médicas por la Red de Salud UC CHRISTUS:

Ante la imposibilidad del Prestador, por cualquier motivo o causal, de prestar alguno de los servicios o beneficios que usualmente otorga en sus Establecimientos Prestadores, la Gerencia de Planes de Salud de la Red de

Salud UC CHRISTUS podrá autorizar el traslado del paciente a otro centro asistencial que se encuentre dentro de la Región Metropolitana, previa orden del médico tratante de la Red de Salud UC CHRISTUS, para que se realice la prestación medica que no se pudo otorgar en la Red de Salud UC CHRISTUS.

Activación de coberturas adicionales (Cobertura Hospitalaria y Continuidad de tratamiento):

Los beneficios Hospitalarios y de continuidad de tratamiento producto de un evento traumático se activarán una vez que el beneficiario notifique al Prestador, acerca de la indicación médica que da origen a la cobertura Hospitalaria o continuidad de tratamiento, según corresponda. Dicha comunicación debe hacerse al email servicioplanesdesalud@ucchristus.cl.

Las cirugías prescritas por el médico tratante, a causa de un accidente traumáticos, tendrán cobertura por este convenio sólo si se realizan dentro del plazo de 6 meses posteriores a la ocurrencia del evento traumático que dio origen a la cobertura.

OCTAVO: TRASLADO TERRESTRE.

La Red de Salud UC CHRISTUS dispondrá del servicio de rescate terrestre para el traslado de beneficiarios accidentados, siempre que ello ocurra dentro del radio urbano de la Región Metropolitana de Santiago, desde el lugar del accidente hasta los Servicios de Urgencia. Parra ceder a este servicio el paciente o su acompañante debe solicitarlo al N° telefónico **800 265 265**.

Este beneficio procederá sólo cuando el accidentado se encuentre imposibilitado de acceder al servicio de urgencia por sus propios medios, o requiera ser inmovilizado.

Los gastos de traslado por terceros o por accidentes ocurridos fuera del radio urbano de Santiago, en ningún caso serán de cargo ni responsabilidad del Prestador y se cobrarán de manera adicional al precio del Convenio Marco.

Se deja expresa constancia que no procederán pagos ni reembolsos por el uso de servicios de ambulancias requeridos en forma particular por el beneficiario.

NOVENO: COBERTURA ATENCIONES NO TRAUMÁTICAS.

Para todas las atenciones de origen No Traumático (enfermedades), las prestaciones cubiertas por este convenio son las siguientes:

Cobertura Ambulatoria			
Servicio	**Beneficiario**	**Cobertura**	**Prestaciones Incluidas**
Urgencia	Alumno	Copago Máximo de $16.000	Consulta urgencia general, Imágenes y Laboratorio

No incluye: Consulta en especialidades médicas, procedimientos, insumos, medicamentos traslado en ambulancia, elementos protésicos, urgencia maternidad y atenciones derivadas de consultas particulares al Servicio de Urgencia realizadas el mismo día.

III. CONDICIONES APLICABLES A LOS PADRES O TUTORES LEGALES DE LOS ESTUDIANTES BENEFICIARIOS DEL CONVENIO MARCO.

DÉCIMO: COBERTURA ATENCIONES PARA PADRES.

Los padres o tutores legales de los estudiantes beneficiarios del convenio marco podrán hacer extensivos los beneficios aplicables a éstos y serán considerados beneficiarios para todos los efectos, para esto deberán contar como requisito excluyente con planes vigentes en una Institución de Salud Previsional, ISAPRE.

Será de exclusiva responsabilidad de la institución educacional realizar este registro a través de **Red de Salud UC CHRISTUS**.

Las coberturas para los Padres de los estudiantes beneficiarios del Convenio Marco tendrán la misma vigencia que las coberturas de sus hijos.

Para todas las atenciones de origen Traumático y No Traumático, las prestaciones cubiertas por este convenio son las siguientes:

Servicio	Beneficiario	Cobertura	Prestaciones Incluidas
Urgencias	Padres	Copago máximo $16.000	Consulta urgencia general, Imágenes y Laboratorio

No incluye: Consulta en especialidades médicas, procedimientos, insumos, medicamentos, traslado en ambulancia, elementos protésicos, urgencia maternidad y atenciones derivadas de consultas particulares al Servicio de Urgencia realizadas el mismo día.

DÉCIMO PRIMERO: AUTORIZACIONES PARA RECABAR INFORMACIÓN Y DATOS PERSONALES.

En virtud de la sola incorporación de cualquier persona en calidad de beneficiario del Convenio Marco, se entiende que éste otorga expreso mandato y/o autoriza al Prestador y demás personas aludidas, a lo siguiente:

(a) Autoriza al Prestador a acceder y requerir antecedentes adicionales sobre el estado de salud del beneficiario, respecto de instituciones hospitalarias, laboratorios, centros médicos y demás personas que hayan asistido o examinado al beneficiario con anterioridad;
(b) Autoriza a las mismas instituciones indicadas en el numeral anterior, a proporcionar todos los datos o antecedentes clínicos que tengan o hayan conocido con motivo de haber prestado atención o servicios de salud a los beneficiarios;
(c) Autoriza al Prestador a solicitar antecedentes de atenciones, cuentas médicas y/u hospitalarias y bonificaciones de ellas al Sistema Previsional de Salud;
(d) Autoriza al Prestador a tener acceso a contenidos y/o copias de recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorio y servicios relacionados con la salud, según el artículo 127 del código sanitario;
(e) Autoriza al Prestador para utilizar tales datos para el análisis de procedencia de la incorporación al Convenio Marco, así como para el análisis del otorgamiento de los beneficios contenidos en el presente Anexo, modificaciones de cobertura, análisis de reclamos, investigaciones de gastos médicos y en general todo aquello que diga relación con el Convenio Marco y del presente Anexo;

(f) Autoriza al Prestador o quien sus derechos representen, conforme a lo señalado en la ley Nº 19.628 sobre vida privada, para hacer uso de sus datos de carácter personal y datos sensibles;
(g) Autoriza al Prestador para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme a la citada ley;
(h) Autoriza al Prestador para comunicar y transmitir tales datos a los Establecimientos Prestadores y otras personas jurídicas relacionadas en propiedad o gestión con el Prestador para el envío de comunicaciones, publicidad o fines similares, todo de acuerdo a los términos del Convenio Marco y del presente Anexo;
(i) Autoriza al Prestador para ejercer los derechos contenidos en esta autorización en cualquier momento que lo considere necesario;
(j) Autoriza al prestador a solicitar al beneficiario, todos los antecedentes adicionales, no necesariamente clínicos, como; declaración de accidentes, parte policial, denuncia en Fiscalía, liquidación de seguros complementarios, liquidación de seguros obligatorios, y en general todo tipo de documentación que ayude a la identificación de la naturaleza del evento y/o a la liquidación de los beneficios;
(k) Finalmente declara relevar por este acto a los profesionales médicos, enfermeras, otros profesionales mencionados o aludidas directa, indirectamente o tácitamente en estos numerales y a las instituciones en los que estos se desempeñen, del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información solicitada y requerida por el Prestador.

DÉCIMO SEGUNDO: EXCLUSIONES.

La prestación de los servicios médicos señalados en el presente anexo comprende patologías que sean consecuencia directa de lesiones de origen traumático (accidente) y no traumático (enfermedad), tratadas en el servicio de urgencia, de acuerdo con lo señalado precedentemente en este instrumento.

Ni éste Convenio Marco ni esté anexo otorgan beneficios ni prestaciones de ningún tipo cuando ellos provengan, se originen, sean consecuencia, o corresponda a complicaciones derivadas de:

1. Las hospitalizaciones y atenciones domiciliarias.
2. Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos que sean con fines de embellecimiento.

3. Cirugías y/o tratamientos estéticos, cosméticos, plásticos, reparadores, dentales, maxilofaciales, ortopédicos y otros tratamientos para corregir malformaciones congénitas.
4. Situación de salud preexistentes, entendiéndose por tales; Dolencias, padecimientos, o inicios de sintomatologías en proceso, por los cuales haya o aún no haya consultado una opinión médica.
5. El agravamiento de lesiones y enfermedades preexistentes y/o secuelas que se deriven de traumatismos anteriores al período de vigencia del Convenio Marco.
6. Lesión a consecuencia de la práctica de cualquier actividad objetivamente riesgosa. A vía de ejemplo y sin ser restrictivos en su enumeración, se considera riesgoso: el manejo de explosivos; minería subterránea; trabajo o deporte o actividad en altura superior a 20 metros o en líneas de alta tensión; inmersión submarina a más de 30 metros de profundidad; carreras de auto; montañismo sobre 3.000 metros del nivel del mar; carreras de caballo; ski fuera de canchas; así como los conocidos como deportes extremos tales como parapente, benji, canopy, paracaidismo, alas delta u otros del mismo género; y en general aquellas actividades que requieren el uso de protecciones y medidas especiales de seguridad para garantizar la integridad física de quien lo practica.
7. Gastos en prótesis, muletas, sillas de ruedas, audífonos, lentes y otros dispositivos audiovisuales, como tampoco su reposición o reparación y la atención médica de lesiones derivadas de su uso.
8. Adquisición o arriendo de silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, muletas u otros similares.
9. La atención particular de enfermería fuera del hospital e intrahospitalaria. Evaluaciones o tratamientos por terapia ocupacional.
10. Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en general.
11. Quedan excluidas enfermedades traumatológicas que no sean producto o consecuencia de un accidente traumático, como por ejemplo: Tendinitis, lumbagos, hernias disfunción patelofemoral, osgood-schlatter, etc. Para todas estas situaciones médicas, sólo estará cubierta la primera atención en el Servicio de Urgencia para determinar el diagnóstico. Los tratamientos y atenciones posteriores serán de cargo del paciente.
12. Las atenciones de aquellas afecciones que deriven de secuelas de traumatismos anteriores o de enfermedades que sean condicionantes de dichas afecciones.
13. Lesiones auto-provocadas, suicidio, intento de suicidio, heridas auto infringidas, abortos auto-provocados, lesiones inferidas al beneficiario por terceros con su consentimiento, intoxicaciones por la ingestión

voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión derivada de dicha ingestión; cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

14. Toda lesión o enfermedad ocurrida a consecuencia de manifiesta negligencia o culpa grave del beneficiario, o a causa o con ocasión del estado de ebriedad o efectos de las drogas o alucinógenos o somníferos o de cualquier sustancia que produzca efectos desinhibidores, constatado por el personal médico de urgencia que otorga la primera atención; o lesión o enfermedad causada por la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte y la operación de cualquier maquinaria ejecutada en este estado.

15. Participación en actos de violencia o riñas, carreras de vehículos clandestinas, conducir a exceso de velocidad y cualquier acto que sea calificado como delito, cuasidelito o falta a la Ley.

16. Todo tipo de exámenes dentales, extracciones, empastes y tratamiento dental, prótesis y órtesis maxilofaciales y tratamiento maxilofacial en general, con excepción de la primera consulta de Urgencia dental, producto de un evento traumático.

17. Crio preservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados, injertos y cualquier otro tejido u órgano.

18. Las quemaduras cutáneas u oculares derivadas de la exposición a rayos solares.

19. Todos los medicamentos que sean indicados para tratamientos ambulatorios. En caso que el Médico Jefe del Servicio de Urgencia, determine que la atención se encuentre excluida de la cobertura del Convenio, por alguna de las razones antes indicadas, deberá el propio paciente o terceros, familiares o no, hacerse responsables del pago de las prestaciones médicas otorgadas a consecuencia de alguna de las circunstancias descritas precedentemente, otorgando un documento en garantía.

20. Solicitud de segundas consultas con especialistas, en el caso de requerirlas, serán de costo exclusivamente de los pacientes.

21. Gastos por acompañantes, mientras el beneficiario se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.

22. Cualquiera otra prestación médica derivada del actuar negligente o doloso, imprudente o culposo, del beneficiario y/o que no corresponda con los eventos cubiertos por el presente convenio en conformidad con la cláusula tercera precedente.

23. Lesiones causadas por Catástrofes Naturales.

24. Eventos que sean consecuencia del viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase realizados en forma habitual o regular por el beneficiario, como pasajero o piloto, excepto como pasajero en uno operado por una empresa de transporte aéreo comercial reconocida por I.A.T.A., sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

25. Lesión causada por prestación de servicios del beneficiario en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo incluyendo las funciones de policía civil y gendarmería.

26. Lesión causada por guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

27. Lesión causada por participación activa del beneficiario en rebelión, revolución, insurrección, sublevación, sedición, conspiración o motín, poder militar, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro y fuera del país.

28. Lesión causada por participación activa del beneficiario en acto terrorista o en actos calificados por la ley como delitos. Entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno, atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma.

29. Cirugía ocular para la corrección de los vicios de refracción, cualquiera sea su técnica, lentes o anteojos ópticos.

30. Aparatos auditivos, implante coclear y otras tecnologías que se desarrollen para corregir alguna alteración de los sentidos.

31. Lesión a consecuencia de la ocupación del beneficiario, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

32. Lesión a consecuencia de la práctica como deportista profesional, de alto rendimiento o de competición, según la Ley 19.712.

33. Tratamientos efectuados a través de medios de medicina alternativa, tales como: acupuntura, iriólogos, reflexología, quiropraxia, y otros similares.

34. Gastos de exámenes y procedimientos a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Sistema de Salud Previsional.

35. Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.

DÉCIMO TERCERO: CIERRE DE CUENTA.

Será de exclusiva responsabilidad del paciente o de quien lo tenga a su cuidado, el cerrar su cuenta en las cajas del Servicio de Urgencia o de cualquier otro de la Red de Salud UC CHRISTUS en el cual se haya otorgado la prestación médica correspondiente.

En caso de no realizar dicho procedimiento. o incumplir cualquier disposición de la Ley N°20.584 dará derecho al Prestador a poner término de inmediato al Convenio Marco y al presente Anexo.

Asimismo, en la eventualidad que el sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED), no otorga bonificación en línea de la Isapre o el seguro complementario (si corresponde), y el paciente debe pagar un copago o la totalidad del valor de la prestación, según el caso, y el paciente se negase a pagar dichos montos, también dará derecho al Prestador a poner término de inmediato al Convenio Marco y al presente Anexo.

Para todos los efectos del Convenio Marco y al presente Anexo, se entiende que el contratante y/o beneficiario autorizan expresamente a **Red de Salud UC CHRISTUS** para remitir a las entidades previsionales o aseguradoras privadas de salud, los antecedentes clínicos que sean solicitados por dichas entidades u organismos fiscalizadores, incluyendo la ficha clínica, para hacer efectivos los beneficios previsionales de salud del paciente, por las atenciones brindadas.

DÉCIMO CUARTO: SUSCRIPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN.

El Prestador se reserva el derecho de solicitar toda la documentación que sea pertinente para la activación de las prestaciones médicas según corresponda y los respectivos documentos de garantía y/o pago que sean procedentes en conformidad a la ley para todas las atenciones de urgencia y hospitalización.

El Prestador se encuentra autorizado para otorgar las atenciones médicas correspondientes, al momento de ser solicitadas, debiendo suscribirse los documentos de "Consentimiento Informado". Junto con la atención prestada, el Prestador instruirá al beneficiario en forma verbal o escrita acerca de su lesión o enfermedad su tratamiento y las correspondientes normas e indicaciones a que deberá ceñirse. En el caso de menores de edad, se informará además a sus padres o personas que los tengan a su cuidado. En

caso de que el beneficiario o sus padres no cumplan con tales normas e indicaciones, cesará la responsabilidad médica del Prestador.

DÉCIMO QUINTO: HIJOS LIBERADOS DE PAGO.

Las familias que tengan más de tres hijos inscritos en calidad de beneficiarios bajo un mismo Convenio Marco podrán, a partir del cuarto hijo en orden decreciente de edad, solicitar que se le libere del pago de la anualidad que a su respecto (cuarto hijo) fuere aplicable.

Para los efectos anteriores no se considerarán los afiliados egresados de 4º Año de Enseñanza Media y/o aquellos cuya edad sea superior a 20 años. Existirá una obligación de inscribir a todos los hijos aun cuando se encuentren liberados de pago. Este trámite deberá realizarse en el momento de la inscripción de la totalidad de los hermanos, de lo contrario perderá este beneficio.

IV. MISCELÁNEOS.

DÉCIMO SEXTO: SOLUCION DE CONFLICTOS RESPECTO DEL BENEFICIARIO.

Sin perjuicio de lo señalado en el Convenio Marco respecto de la entidad contratante, toda dificultad que se produzca entre las partes en relación a la validez, nulidad, interpretación, ejecución o cumplimiento de alguna de las cláusulas de este convenio, será resuelta por un mediador o amigable componedor, designado de común acuerdo, preferentemente un médico cirujano con más de 20 años en el ejercicio de la profesión. Si no hubiere solución amistosa, cualquier dificultad o controversia deberá ser conocida por los tribunales ordinarios de justicia correspondientes a la comuna y ciudad de Santiago.

****