

INFORMACIÓN SOBRE EXCLUSIONES DE COBERTURA Y PRESTACIONES EXCLUIDAS

Convenio Oncológico Fondo Solidario FALP

En el presente documento, detallamos la información descrita en las cláusulas “**Exclusiones de cobertura**” y “**Prestaciones excluidas**”, las cuáles se encuentran íntegramente dispuestas en el Contrato de Protección Oncológica. Estas condiciones son válidas para todo Afiliado Titular, Beneficiario y Adicional parte de Convenio Oncológico Fondo Solidario FALP.

Exclusiones de cobertura.

A continuación, se indican aquellos procedimientos/etapas del tratamiento que están excluidos de cobertura, así como las causales para excluir del tratamiento y de la cobertura de una enfermedad oncológica, al o los Beneficiarios según corresponda:

- El presente acuerdo no otorgará beneficio para la etapa de diagnóstico y etapificación. El diagnóstico será de cargo del paciente de acuerdo a su sistema previsional de salud.
- No presentar los antecedentes clínicos solicitados en un plazo de 60 días corridos al momento de solicitar la cobertura.
- No respetar las indicaciones de exámenes, procedimientos, controles y terapias propuestos por FALP en la fecha y forma establecida.
- Haber recibido tratamiento oncológico no indicado en las Guías Clínicas FALP o similar vigente.
- Que el Beneficiario, en conocimiento o presunción de un diagnóstico de cáncer, se realice el tratamiento oncológico en otro centro clínico que no sea de FALP, sin conocimiento y consentimiento por escrito de FALP, se entiende por ese hecho que renuncia expresa y voluntariamente a la cobertura del presente Convenio, excluyéndose de toda responsabilidad a FALP por los tratamientos oncológicos que él o los Beneficiarios reciban en otro centro clínico que no sea de FALP. Para poner en conocimiento lo anterior y obtener el consentimiento de FALP, el Beneficiario deberá enviar un correo electrónico a la casilla pacientes.convenio@falp.org, explicando la situación concreta. FALP tendrá 2 días hábiles para dar una respuesta al Beneficiario por esa misma vía. En este caso se excluye de toda responsabilidad a FALP por los tratamientos oncológicos que él o los Beneficiarios reciban en otro centro clínico que no sea de FALP.
- Se excluirán también de los beneficios que otorga el presente Convenio, el tratamiento y cobertura de una preexistencia, de acuerdo a la ley 21.656. En este caso, las enfermedades oncológicas que puedan considerarse como preexistencias, tratamientos y/o recaídas de cáncer en los últimos 5 años previo a la suscripción, en ningún caso tendrán los beneficios establecidos y FALP no tendrá deber de bonificar parte alguna de esas enfermedades, aún cuando haya comenzado la vigencia del presente Convenio. En virtud de lo anterior, quedará automáticamente desafiliado del Convenio Oncológico, sin perjuicio de que pueda atenderse en FALP.
- En caso que se haya determinado por el Comité Médico Oncológico una preexistencia, tratamiento y/o recaídas de cáncer en los últimos 5 años en un Beneficiario, y el Afiliado haya cancelado las incorporaciones por anticipado, procederá la devolución del total de lo cancelado por estas incorporaciones. Lo dispuesto en esta cláusula no debe considerar las causales que se entienden forman parte del período de carencia especial (240 días), reguladas en la cláusula “Período de carencia especial y exclusión de cobertura dentro de dicho período” de este Convenio.
- No haber activado los beneficios del presente Convenio de Protección Oncológica de acuerdo a lo establecido en la cláusula “Procedimiento de acceso”.
- Se excluyen de cobertura las prestaciones que se otorguen en el período comprendido entre la firma del Contrato de Protección Oncológica, el DICOF y la fecha de inicio de vigencia del Contrato de Protección Oncológica.

INFORMACIÓN SOBRE EXCLUSIONES DE COBERTURA Y PRESTACIONES EXCLUIDAS

Convenio Oncológico Fondo Solidario FALP

- Una vez indicada el alta hospitalaria, el paciente deberá hacer abandono del Instituto Oncológico de FALP. En caso que el paciente, ya sea por voluntad propia o por decisión de sus tutores, permanezca en régimen de atención cerrada en el Instituto Oncológico, todas las prestaciones que se le brinden, en el período comprendido entre la indicación del alta y su egreso efectivo, estarán excluidas de cobertura, y deberán ser pagadas bajo modalidad libre elección.
- Tener vigente sistema previsional de salud FONASA A, Capredena, Dipreca, Isapre abierta con plan cerrado o Isapre cerrada al momento de solicitar cobertura.
- Haber omitido ser portador de virus Hepatitis B o C previo a la suscripción.
- Haber omitido tener una presunción de una antigüedad de 5 años previo a la suscripción del DICOF, sin que lo haya informado a FALP.
- Haber omitido ser portador de una alteración congénita o síndrome asociado con cáncer.
- Haber omitido datos y/o cualquier antecedente que revele una predisposición a padecer una enfermedad oncológica, o que a juicio de FALP, sea necesaria para conocer de una presunción, una preexistencia, tratamiento y/o recaída de cáncer en los últimos 5 años previo a la suscripción.
- No haber efectuado el DICOF en forma personal, y en general, haber entregado información errónea o incompleta del estado de salud del Afiliado o de cualquier Beneficiario. Lo dispuesto en esta cláusula no debe considerar las causales que se entienden forman parte del período de carencia especial, reguladas en la cláusula "Período de carencia especial y exclusión de cobertura dentro de dicho período" de este Convenio.

Prestaciones excluidas.

Además de la exclusión especial de cobertura a la que se refiere la cláusula "Período de carencia especial y exclusión de cobertura dentro de dicho periodo", estarán excluidas del presente Convenio las siguientes prestaciones:

- Trasplantes de órganos, células y tejidos orgánicos.
- Cirugía estética o de embellecimiento, incluyendo dentro de éstas, la mama contra lateral que motivó la solicitud de cobertura.
- Prótesis y órtesis, excepto prótesis mamaria, testicular, biliar y esofágica, beneficio que se otorga por una sola vez.
- Tratamientos psiquiátricos, nutricionales y de kinesiología.
- Tratamiento y rehabilitación de complicaciones que surjan como consecuencia del tratamiento oncológico.
- Prestaciones de salud anteriores a la fecha de la comunicación del diagnóstico de cáncer por FALP.
- Convalecencias, entendiéndose por ésta, el estado de reposo, tratamiento y recuperación fuera de los lugares de atención de FALP, o de los lugares que ésta determine.
- Atenciones particulares de salud ambulatoria y domiciliaria.
- Traslados del Beneficiario desde y hacia FALP.
- Artículos de aseo e higiene personal, medicamentos para el tratamiento de patologías no oncológicas.
- Prestaciones de salud que no se encuentren establecidas en las Guías Clínicas FALP o similar vigente.
- Exámenes, medicamentos y tratamiento de enfermedades concomitantes o crónicas (por ejemplo, hipertensión, hipotiroidismo, diabetes, depresión, problemas cardiacos, estreñimiento, entre otros) y enfermedades secundarias al tratamiento.
- Fármacos que no tengan copago en su sistema de salud.
- Donantes de sangre, ni el estudio inmunohistoquímico para determinar su grupo sanguíneo.

V.04.2024