

Ejemplos de carta



CARTA DE ADECUACION



Señor

Santiago, 30 de Octubre de 2013

***** C-056

Estimado Señor *****

Junto con saludarlo, nos dirigimos a Ud. para informarle sobre el proceso de adecuación de su contrato de salud, que realizamos cada año al cumplirse la anualidad de éste.

Como es sabido, los costos en salud suben debido al uso de nuevas y mejores tecnologías, al aumento en el costo de la medicina y la frecuencia de uso de las prestaciones médicas, así como también el mayor gasto en el pago de licencias médicas. Una ratificación de esto es que la Superintendencia de Salud calculó, a partir de los índices elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en el mes de enero de 2013, la variación del IPC de la salud en un 2,47%.

***** ha decidido aplicar un reajuste de un 2,3% en promedio. Esa variación se entiende según la normativa legal, como el cambio porcentual real (sobre la variación del IPC o de la UF según su caso), aplicado por la isopre al valor base de cada uno de los planes de salud.

Respecto de lo anterior, queremos comentarle que la ley establece una banda dentro de la cual deben encontrarse las variaciones de precios de cada uno de los planes revisados en dicho procedimiento. El límite superior de la banda se obtiene multiplicando el promedio ponderado de las variaciones de precios por 1,3 y el límite inferior, multiplicando dicho promedio por 0,7. En su caso, el aumento de 2,40% al precio base de su plan se encuentra dentro de dicha banda de precios, como lo establece la normativa.

En Conasud hemos trabajado fuertemente en aplicar mayor tecnología a todos nuestros procesos, de manera de disminuir los costos de administración. Asimismo, se han alcanzado acuerdos más favorables con los prestadores clínicos preferentes con que trabajamos. Como resultado de ello, hemos traspasado las eficiencias y ahorros a los afiliados, manteniendo el compromiso de mejor calidad y de mejores tarifas con nuestros 670 mil beneficiarios.

Cabe precisar que esta adecuación de precios está regida por el D.F.L N°1 de 2005, del Ministerio de Salud.



¿Cómo quedaría conformado el precio total a pagar?

Para una mejor comprensión detallamos a Ud. como quedará conformado el precio total a pagar por su plan de salud, comparado con las actuales condiciones.

Su plan actual de salud es: ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

DETALLE DE LA ADECUACION		PLAN ACTUAL	PLAN CON AJUSTE DEL PRECIO BASE
1	SUMA DE FACTORES DE RIESGO DEL GRUPO FAMILIAR	1,00	1,00
2	PRECIO BASE	4,99 UF	4,77 UF
3	PRECIO FINAL DEL PLAN COMPLEMENTARIO (1°2)	4,66 UF	4,77 UF
4	PRECIO CAEC	\$ 0	\$ 0
5	PRECIO GES	0,325 UF	0,325 UF
6	BENEFICIOS ADICIONALES	0,54 UF	0,05 UF
7	COTIZACION MENSUAL TOTAL (3 + 4 + 5 + 6)	5,025 UF	5,140 UF

- (1) Los factores de riesgo no han sido modificados.
- (2) El Plan ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ ha tenido un aumento en su valor base de un 2,40 % igual para todos los afiliados que lo tienen contratado.
- (3) El precio Final del Plan Complementario se calcula multiplicando la sumatoria de los factores de riesgo de su grupo familiar por el precio base del plan correspondiente.
- (4) La Cobertura Adicional por Enfermedad Catastrófica (CAEC) no tiene un precio específico asignado.
- (5) El precio GES corresponde a 0,325 UF por cada beneficiario.
- (6) El precio de los Beneficios Adicionales corresponde a la suma de aquellos que tenga contratados.
- (7) La Cotización Mensual Total se calcula sumando al precio Final del Plan Complementario, el precio CAEC, el precio GES y el precio de los Beneficios Adicionales, variando el total de su cotización mensual en un 2,39 %.

En relación al precio de los beneficios adicionales contratados, informamos a usted que han variado según se detalla a continuación:

NOMBRE BENEFICIO	PRECIO ACTUAL	PRECIO ADECUADO
SC 9 ODONTOLÓGICO	0,04 UF	0,05 UF
PRECIO TOTAL BENEFICIOS	0,04 UF	0,05 UF

Le informamos que Ud. tiene la posibilidad de pronunciarse acerca de esta propuesta de adecuación del precio base, hasta el último día hábil del mes de Enero de 2014.

Si nada manifiesta dentro de ese plazo, se entenderá que acepta la proposición detallada precedentemente en esta carta, por lo tanto, la nueva cotización mensual total entrará en vigencia a partir de la remuneración del mes de Febrero de 2014.

PLAN ALTERNATIVO (ajustado al precio base más similar al de su actual Plan de Salud)

Conforme a lo señalado en la normativa de la Superintendencia de Salud, cumplimos con poner a su disposición el siguiente plan alternativo, cuyo precio base se ajusta al de su actual plan de salud.

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~, que tiene un precio base de 3,21 UF, por el cual pagará una cotización total de 3,585 UF. (Esta cotización incluye los beneficios complementarios que eventualmente tuviese contratados). Para que pueda comparar la cobertura propuesta con las que actualmente tiene, adjuntamos el plan de salud alternativo.



En caso que la propuesta no le sea satisfactoria, lo invitamos a concurrir a nuestras oficinas comerciales donde recibirá una asesoría personalizada y podrá analizar otras posibles opciones entre los planes de salud que estén en actual comercialización, o en su defecto Ud. podrá poner término al contrato suscribiendo para ello una carta de desafiliación.

Le hacemos presente que si desea suscribir alguno de estos planes, deberá hacerlo dentro del mismo plazo que tiene para pronunciarse acerca de la propuesta, es decir, hasta el último día hábil del mes de Enero de 2014.

Toda la información que requiera acerca de esta comunicación está disponible en nuestras sucursales, en el sitio web [redacted], o en el call center [redacted].

Usted podrá apreciar que disponemos de una amplia oferta de productos y servicios innovadores, los que conforman la más conveniente oferta en la salud privada para Ud. y su familia, por lo que estamos confiados de seguirlo atendiendo en la mejor forma.

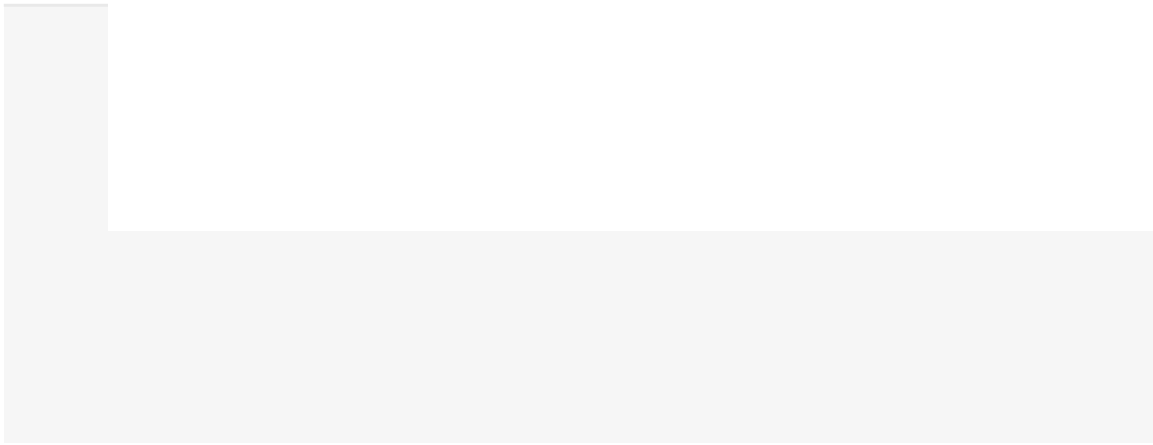
Saluda atentamente a usted,



Gerente de Servicio al Cliente
Isapre [redacted]

INC:

- 1) Plan Alternativo



Ejemplo de Carta con nuevo FUN (enviado en forma posterior y separada a la Carta de Adecuación mostrada anteriormente)



FORMULARIO ÚNICO DE NOTIFICACION
ANEXO

1. IDENTIFICACION

1. Nombre del sujeto: _____

2. Tipo de sujeto: Persona física Persona jurídica

3. Domicilio: _____

4. Teléfono: _____

5. Correo electrónico: _____

2. IDENTIFICACION DE LA ENTIDAD

6. Nombre de la entidad: _____

7. Tipo de entidad: Persona física Persona jurídica

8. Domicilio: _____

9. Teléfono: _____

10. Correo electrónico: _____

3. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

11. Descripción de la actividad: _____

12. Fecha de inicio: _____

13. Fecha de término: _____

4. DATOS DE CONTACTO

14. Nombre de la persona de contacto: _____

15. Cargo: _____

16. Teléfono: _____

17. Correo electrónico: _____

5. DATOS DE LA ENTIDAD

18. Nombre de la entidad: _____

19. Tipo de entidad: Persona física Persona jurídica

20. Domicilio: _____

21. Teléfono: _____

22. Correo electrónico: _____

6. DATOS DE LA ACTIVIDAD

23. Descripción de la actividad: _____

24. Fecha de inicio: _____

25. Fecha de término: _____

7. DATOS DE CONTACTO

26. Nombre de la persona de contacto: _____

27. Cargo: _____

28. Teléfono: _____

29. Correo electrónico: _____

8. DATOS DE LA ENTIDAD

30. Nombre de la entidad: _____

31. Tipo de entidad: Persona física Persona jurídica

32. Domicilio: _____

33. Teléfono: _____

34. Correo electrónico: _____

9. DATOS DE LA ACTIVIDAD

35. Descripción de la actividad: _____

36. Fecha de inicio: _____

37. Fecha de término: _____

10. DATOS DE CONTACTO

38. Nombre de la persona de contacto: _____

39. Cargo: _____

40. Teléfono: _____

41. Correo electrónico: _____

Resolución de la Dirección General de Migración y Extranjería

1. **Objeto:** Expediente de migración de la persona física que se indica a continuación.

2. **Parte interesada:** Persona física que se indica a continuación.

3. **Hechos:** El interesado solicitó la renovación de su pasaporte diplomático en el Consulado General de la República Dominicana en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, el día 15 de mayo de 2019.

4. **Procedimiento:** Se procedió a la renovación del pasaporte diplomático del interesado en el Consulado General de la República Dominicana en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, el día 15 de mayo de 2019.

5. **Resolución:** Se resolvió renovar el pasaporte diplomático del interesado en el Consulado General de la República Dominicana en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, el día 15 de mayo de 2019.

6. **Fecha de expedición:** 15 de mayo de 2019.

7. **Fecha de publicación:** 15 de mayo de 2019.

8. **Fecha de vigencia:** Indefinida.

9. **Fecha de caducidad:** Indefinida.

10. **Fecha de extinción:** Indefinida.

11. **Fecha de revocación:** Indefinida.

12. **Fecha de nulidad:** Indefinida.

13. **Fecha de inaplicación:** Indefinida.

14. **Fecha de inoperancia:** Indefinida.

15. **Fecha de ineficacia:** Indefinida.

16. **Fecha de inexistencia:** Indefinida.

17. **Fecha de nulidad absoluta:** Indefinida.

18. **Fecha de nulidad relativa:** Indefinida.

19. **Fecha de nulidad por fraude:** Indefinida.

20. **Fecha de nulidad por error:** Indefinida.

21. **Fecha de nulidad por dolo:** Indefinida.

22. **Fecha de nulidad por fraude:** Indefinida.

23. **Fecha de nulidad por error:** Indefinida.

24. **Fecha de nulidad por dolo:** Indefinida.

25. **Fecha de nulidad por fraude:** Indefinida.

26. **Fecha de nulidad por error:** Indefinida.

27. **Fecha de nulidad por dolo:** Indefinida.

28. **Fecha de nulidad por fraude:** Indefinida.

29. **Fecha de nulidad por error:** Indefinida.

30. **Fecha de nulidad por dolo:** Indefinida.