

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Plan Libre Elección

LIBRE ELECCIÓN NACIONAL 02A
15-LEN02A-20

FULL



INDIVIDUAL		GRUPAL		FUN N°		
TIPO DE PLAN:		X		FOLIO		
PRESTACIONES ⁽¹⁾			COBERTURA EN LIBRE ELECCIÓN (*)		TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (UF) (7)	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION (6)		
DIA CAMA: CIRUGIA,PEDIATRIA,GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA (10)			100%	3 UF	Sin Tope	
DÍA CAMA: SALA CUNA				1,3 UF		
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS				5 UF		
DERECHO DE PABELLON				1,5 veces AC2		
DÍA CAMA: INCUBADORA, INTERMEDIO, OBSERVACIÓN, AISLAMIENTO				4 UF		
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)				1,1 veces AC2		
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)				1,0 veces AC2		
PROCEDIMIENTOS (13)				1,3 veces AC2		
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA (15)				1,1 veces AC2	4	
EXÁMENES LABORATORIO				0,8 veces AC2	Sin Tope	
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS (14)				1,1 veces AC2		
VISITA POR MÉDICO TRATANTE				0,7 UF		
VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR				0,7 UF	40	
MEDICAMENTOS (2)				15 UF		
MATERIALES E INSUMOS CLINICOS (2)				15 UF	20	
PRÓTESIS, ÓRTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS				1,2 veces AC2	40	
TRASLADOS MÉDICOS				0,9 veces AC2	Sin Tope	
QUIMIOTERAPIA (8)				4 veces AC2	30	
AMBULATORIAS						
CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES*** (19)			90%	0,55 UF	Sin Tope	
CONSULTA MEDICA			80%	0,5 UF		
EXAMENES DE LABORATORIO				0,7 veces AC2		
PROCEDIMIENTOS (13)				1,1 veces AC2		
PABELLON AMBULATORIO (16)				1,2 veces AC2		
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS (14)				1,1 veces AC2		
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA (15)				1,0 veces AC2		3
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)				1,0 veces AC2		Sin Tope
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)				0,8 veces AC2		
RADIOTERAPIA				1,2 veces AC2	3,5	
FONOAUDIOLOGIA				1,0 veces AC2		
QUIMIOTERAPIA (8)			100%	4,0 veces AC2	30	
PROTESIS/ORTESIS			80%	1,0 veces AC2	Sin Tope	
ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERA (4a y 4b)				0,8 veces AC2	1,3	
ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (5)				0,8 veces AC2	1,3	
PAD DENTALES (11)				0,9 UF	Sin Tope	
PAD CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD) (20)			100%	0,72 UF		
PAD MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD) (21)				0,78 UF		
PRESTACIONES RESTRINGIDAS						
CIRUGÍA BARIATRICA, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, SEPTOPLASTÍA			25% con tope de la Libre Elección		Sin Tope	
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (3)			80%	1,1 veces AC2	3	
CONSULTA/TRATAMIENTO PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGIA (18)				1,1 veces AC2	3	
OTRAS COBERTURAS						
TERAPIA OCUPACIONAL			80%	1,5 veces AC2	3	
MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS (9)				1,1 UF	1,2	
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA (12)				1,5 UF	1,5	
TRASLADOS MÉDICOS			100%	1 veces AC2	Sin Tope	
BOX AMBULATORIO (17)			80%	1 veces AC2		
COBERTURA INTERNACIONAL (22)			Igual a la cobertura nacional otorgada en Clínica RedSalud Santiago, tanto hospitalario como en ambulatorio, con un tope máximo para cada prestación igual a 2 veces AC2 (Arancel Consalud).			
(*) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario.						
(***). En Notas explicativas del plan se individualizan las especialidades de telemedicina.						

(*) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud Complementario.

(***) En Notas explicativas del plan se individualizan las especialidades de telemedicina.

PRECIO DEL PLAN		
TIPO DE BENEFICIARIO		
EDAD	COTIZANTE	CARGAS
0 a menos de 20 años	0,60	0,60
20 a menos de 25 años	0,90	0,70
25 a menos de 35 años	1,00	0,70
35 a menos de 45 años	1,30	0,90
45 a menos de 55 años	1,40	1,00
55 a menos de 65 años	2,00	1,40
65 y más años	2,40	2,20

El precio del Plan de Salud se expresa en Unidades de Fomento (U.F.). Dicho precio se determina conforme a su valor base y la tabla de factores relativos por edad:

VALOR BASE	U.F.
------------	------

VALOR TOTAL PLAN SEGÚN COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR	U.F.
---	------

El precio final del plan se pagará en su equivalente en pesos. Para su cálculo se utilizará el valor oficial que tenga la U.F. el último día del mes que corresponde descontar la cotización de la remuneración del cotizante.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES N°	604
---	-----

ARANCEL	
NOMBRE DEL ARANCEL:	UNIDAD : PESOS
AC2	

El Arancel tendrá un Reajuste General el 01 de abril de cada año hasta en un 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes ante precedente a aquél en que se aplique el último reajuste, ambos inclusive. Además del Reajuste General del Arancel, CONSALUD podrá reajustar algunas prestaciones en un porcentaje superior sólo con el fin de incrementar los beneficios, como asimismo, podrá anticipar la fecha de reajuste con el mismo objeto, pudiendo imputarlo al reajuste que se realice en el mes de abril siguiente.

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO
5.000 UF (7)

CONDICIONES DE VIGENCIA PLAN COLECTIVO Y OTROS GRUPALES (CUANDO CORRESPONDA)
1) Que se incorporen al convenio la cantidad de trabajadores como beneficiarios o al menos el 85% de la misma, dentro del plazo de tres meses contados desde la fecha de suscripción del convenio. Este porcentaje mínimo no podrá disminuir durante la vigencia del convenio.
2) Que se mantenga durante la vigencia del convenio, un promedio de cargas legales por afiliado cercana a las personas.
3) Que el monto mínimo de cotización mensual del grupo total de los trabajadores afectos al convenio colectivo, no podrá ser inferior a \$ o al menos, deberá llegar a un 85% de dicha suma.
4) Que el plan o planes de salud contratados se deberán financiar en al menos un 90%. Se entiende por financiamiento al cociente entre la suma de cotizaciones pagadas de los trabajadores afiliados al convenio colectivo y la suma de precios de los planes de esos trabajadores.
5) Que la siniestralidad anual del plan no supere el 85%. Se entiende por siniestralidad el cociente entre la suma de los gastos de Prestaciones de Salud y Subsidios por Incapacidad Laboral a cargo de la Isapre y la suma de las cotizaciones pagadas en ese mismo período.
NOTA: En caso de Planes Grupales en que se pacte el precio en el porcentaje equivalente a la cotización legal para salud, no se producirán excedentes de cotización de salud.

CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR EL AFILIADO PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (CUANDO CORRESPONDA)
A) Que se mantenga permanentemente como trabajador de la empresa.
B) Que se mantenga permanentemente como afiliado de CONSALUD.

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN MATRIMONIAL (CUANDO CORRESPONDA)
A) Que el cotizante y su cónyuge mantengan la calidad de afiliados vigentes de CONSALUD.
B) Que el cotizante y su cónyuge estén de acuerdo en mantener el Plan Matrimonial.

NOTAS EXPLICATIVAS Y DEFINICIONES
1) PRESTACIONES
a) Hospitalarias: Son aquellas que requieren de día cama.
b) Ambulatorias: Son aquellas no consideradas en la definición anterior.
2) MEDICAMENTOS Y MATERIALES CLÍNICOS HOSPITALARIOS: Son aquellos medicamentos y materiales clínicos recibidos por el beneficiario por causa de prestaciones hospitalarias. Sólo serán objeto de bonificación, aquellos medicamentos y materiales clínicos que el establecimiento hospitalario haya considerado en su factura. Se excluyen de este ítem los medicamentos y materiales clínicos por tratamiento de cáncer y hospitalización psiquiátrica; dado que en ambos casos se bonificarán en los porcentajes y topes específicos definidos para los ítems Drogas Citotóxicas en Ciclos de Quimioterapia y Hospitalización Psiquiátrica respectivamente. Se excluyen asimismo de la oferta preferente, los medicamentos y materiales clínicos por, tratamiento de infertilidad y fibrosis quística del páncreas, dado que se bonificarán en los porcentajes y topes específicos definidos para la modalidad de libre elección. El tope indicado se aplica por evento/beneficiario."
3) HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA: La bonificación por consultas y tratamientos hospitalarios, como asimismo los medicamentos que se reciban durante la hospitalización, se deben sumar para considerar la aplicación del tope de bonificación por año contrato. A modo de ejemplo y sin que esta enumeración sea taxativa, se detallan las siguientes prestaciones que se considerarán para la determinación de este tope: días cama, medicamentos, exámenes, consultas médicas. Asimismo, se aclara que la bonificación de cada prestación específica en ningún caso, ni antes ni después de llegado al tope, será inferior al 25% de la definida en el plan general convenido para la prestación genérica con que se encuentre relacionada.
4a) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA EN DOMICILIO: Se bonificará la atención que reciba el afiliado y sus beneficiarios, sólo cuando sean mayores de 15 años que se encuentren postrados o en estado terminal.
4b) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA EN CENTRO DE ADULTO MAYOR: Se bonificará la atención que reciba el afiliado y sus beneficiarios, sólo cuando sean mayores de 55 años.
5) ATENCION NUTRICIONISTA: Requiere indicación por prescripción de médico tratante. Las atenciones están destinadas a pacientes de cualquier edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.
6) TOPES DE BONIFICACION: Los topes de bonificación se expresan en UF o en veces el Arancel Consalud (AC2). Los topes en UF se calcularán al valor oficial registrado por dicha unidad el último día del mes anterior a la fecha en que se bonifica la prestación.

NOTAS EXPLICATIVAS Y DEFINICIONES

- 7) **VALORIZACION TOPES ANUALES:** Para el Tope General Anual por Beneficiario y el Monto Máximo de Bonificación, se contabilizarán las prestaciones que correspondan, las que en caso de estar expresado el tope en U.F. se valorizarán según el valor que tenga dicha unidad el día en que se bonifica la prestación por un periodo máximo de un año de vigencia de beneficios. Asimismo, se aclara que la bonificación de cada prestación específica en ningún caso, ni antes ni después de llegado al tope, será inferior al 25% de la definida en el plan general convenido para la prestación genérica con que se encuentre relacionada, ni podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el Fondo Nacional de Salud asegura, en modalidad libre elección a todas las prestaciones contempladas en el arancel que se refiere el artículo 31 de la Ley N°19.666 que establece el Régimen General de Garantías de Salud.
- 8) **QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA Y/O AMBULATORIA:** Corresponde a los esquemas terapéuticos que conforman los tratamientos de quimioterapia incorporados en el Grupo 29 del Arancel Fonasa lo cuales se encuentran definidos en el Listado anual de drogas publicadas por la Unidad de Cáncer, dependiente del MINSAL.
La cobertura para los esquemas terapéuticos que no se encuentren en este listado corresponderá exclusivamente para aquellos con acción citotóxica y/o citostática sobre el cáncer. También se incluyen antieméticos y estimulantes de colonia que se administren de forma concomitante, es decir los mismos días de infusión, de la quimioterapia. No tendrán cobertura medicamentos que correspondan a inmunoterapia, inmunomoduladores, hormonoterapia, bifosfonatos, medicamentos coadyuvantes de la quimioterapia y aquéllos que previenen los efectos no deseados de ésta, y procedimientos no arancelados asociados a la quimioterapia (preparación de drogas, administración de quimioterapia, administración en pabellón). Sólo se dará cobertura a medicamentos aprobados por el ISP de acuerdo a la autorización sanitaria de dicho organismo.
- 9) **MARCOS Y CRISTALES OPTICOS:** Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos sólo con la presentación de la boleta correspondiente.
- 10) **DÍA CAMA:** La bonificación del día cama, tendrá como tope máximo la que corresponde al día cama individual estándar (habitación con baño privado de menor precio del prestador) y las diferencias de uso por habitaciones superiores (suite, departamentos u otras) serán de cargo del beneficiario.
- 11) **PRESTACIONES DENTALES (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones dentales los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Los códigos FONASA de los PAD sujetos a cobertura son: 2503001, 2503002, 2503003, 2503004, 2503005 y 25-03-006. La cobertura se entregará vía reembolso.
- 12) **MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA:** Corresponde a la cobertura de medicamentos e insumos utilizados durante la atención médica recibida en un servicio de urgencia de una clínica u hospital.
- 13) **PROCEDIMIENTOS:** Se incluyen en este rubro los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano. Además se incluyen los procedimientos de medicina transfusional llevados a cabo por tecnólogo médico con mención en banco de sangre.
- 14) **HONORARIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS :** Corresponde a la cobertura de los honorarios de la totalidad del equipo médico participante en la cirugía (cirujano, médicos ayudantes, anestesta y arsenalera). Esta cobertura incluye la visita preanestésica, las acciones efectuadas en el pabellón quirúrgico y la atención postoperatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.
- 15) **KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA:** Se cubrirán exclusivamente prestaciones de este tipo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo, otorgadas por profesionales kinesiólogos o médicos fisiatras, por indicación de un médico tratante.
- 16) **PABELLÓN AMBULATORIO:** Procede esta cobertura cuando se utiliza un pabellón o sala de procedimiento para llevar a cabo las prestaciones que en el Arancel Consalud se asocian a los códigos adicionales 1 al 4.
- 17) **BOX AMBULATORIO:** Corresponde a la utilización de cualquier acomodación dentro de un establecimiento clínico (cama, sillón, camilla, etc.) en forma transitoria (1 a 4 horas) con fines de diagnóstico o tratamiento.
- 18) **CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRÍA :** Corresponde a la consulta efectuada por un médico, especialista o no, con ocasión de la presencia de síntomas o patología clasificados dentro de los trastornos mentales o del comportamiento.
- 19) **CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES:** Considera las siguientes especialidades: Dermatología, Geriátria, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología.
- 20) **PRESTACIONES CLÍNICA DE LACTANCIA (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones Clínica de Lactancia los beneficiarios (as) que tengan entre 0 a 6 meses, que presenten dificultades en el proceso de amamantamiento, en su contexto multidimensional. EL código FONASA del PAD sujetos a cobertura es: 2502020. La cobertura se entregará vía reembolso.
- 21) **PRESTACIONES MAL NUTRICIÓN INFANTIL (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones Mal nutrición Infantil los beneficiarios (as) que tengan entre 7 a 72 meses, que presenten malnutrición infantil. EL código FONASA del PAD sujetos a cobertura es: 2502021. La cobertura se entregará vía reembolso.
- 22) **COBERTURA INTERNACIONAL:** Las prestaciones de salud que el afiliado reciba en el extranjero, serán cubiertas de acuerdo a lo indicado en <<CUADRO DE COBERTURA LIBRE ELECCIÓN>>. El afiliado deberá entregar en la sucursal de Isapre Consalud, la documentación (antecedentes médicos y documentos de cobro) traducidos al español y debidamente legalizada por el consulado respectivo, es decir, en el País donde recibió la atención. El plazo para presentar dicha documentación, es de 90 días desde la emisión de la factura.

FIRMA DEL AFILIADO

NOMBRE:

RUT:

FECHA:



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE:

RUT:

FECHA: