

► ¿QUÉ ES NUEVASALUD?



► **NUEVASALUD** es una línea de planes exclusivos en los centros RedSalud, que te da acceso a un modelo de atención de salud de calidad, en la Región Metropolitana, con un equipo de salud de cabecera, a un precio conveniente.

- Médicos y equipo de cabecera.
- Aplicación Móvil NUEVASALUD, exclusiva para esta línea de planes. Disponible en Google Play y en App Store.
- Atenciones preventivas de salud.
- Cobertura hospitalaria en Clínicas REDSALUD Santiago, Providencia y Vitacura.
- Cobertura ambulatoria en Centros Médicos REDSALUD.
- Valor fijo a pagar en un conjunto de prestaciones especificadas en tu plan.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE PERTENECER A NUEVASALUD?

ATENCIÓN AMBULATORIA

Son todas las atenciones que se realizan en los Centros Médicos RedSalud asociados (Alameda, Pedro de Valdivia, Maipú, La Florida, Puente Alto, San Bernardo y Quilicura) y que no requieren hospitalización.

¿CÓMO FUNCIONA?

AGENDA TU HORA EN REDSALUD con uno de los médicos de cabecera (presencial o telemedicina).

Consulta especialidad: Si el médico de cabecera requiere derivarte a un especialista, te entregará una orden de derivación con especialista. Recuerda que no debes agendar hora con un especialista, sin la orden de derivación, a excepción de consultas ginecológicas, pediátricas y oftalmológicas. De lo contrario, no habrá cobertura.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

Se refiere a atenciones que incluyen estadía en las Clínicas REDSALUD Santiago, Providencia y Vitacura.

¿CÓMO FUNCIONA?

CONTÁCTANOS

Llámanos al 600 500 9000 o acércate a una de nuestras sucursales con la orden de intervención quirúrgica, que te entregó el médico, para darte fecha de operación con tus prestadores asignados.

• **Si la intervención está dentro del listado** que se encuentra en la letra L de "CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO", tendrás derecho a copago fijo por evento.

• **En caso de que no esté dentro del listado**, será bonificado por porcentaje de cobertura respectivo.

URGENCIA INTEGRAL

Accede a una urgencia integral pagando solo un valor fijo, mencionado en la tabla inferior de tu plan, dependiendo del tipo de urgencia.

¿CÓMO FUNCIONA?

El valor pagado por la urgencia integral incluirá la consulta médica de urgencia, insumos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos en las Clínicas REDSALUD Santiago y Providencia (en REDSALUD Providencia solo urgencia adulto normal y compleja).

RECUERDA -> La complejidad de la urgencia está definida por el tipo de exámenes y rayos que se realicen.

¿QUÉ NO CUBRE TU PLAN?

Atenciones de salud fuera de REDSALUD, según las coberturas ambulatoria, hospitalaria y de urgencia explicadas anteriormente.

Definición de arancel (AC2):

Arancel Consalud, es una lista valorizada de prestaciones cubiertas por tu plan de salud. El arancel lo puedes revisar en tu Sucursal Virtual en la pestaña consulta aranceles.

BENEFICIOS GRATUITOS

► Elige entre: ►

CESANTÍA LIGHT*

AMBULANCIA 360

*CESANTÍA LIGHT: Sólo para trabajadores dependientes (no voluntarios e independientes) y con contrato a plazo indefinido. Carencia de 5 meses y cobertura de 3 meses.

FUN N°
FOLIO

PLAN CERRADO

NUEVASALUD 200

14-NVSD20-21

TIPO DE PLAN: ☒ Individual ☐ Grupal

PRESTACIONES ⁽¹⁾		OFERTA ÚNICA (*)			
		Porcentaje de Bonificación sobre Valor Real	Tope de Bonificación N° de veces el arancel ⁽⁶⁾	Prestaciones con Copago Fijo (15)	Tope Máximo Beneficiario / Año ⁽⁷⁾ (UF)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
DÍA CAMA: CIRUGÍA PEDIATRÍA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA DÍA CAMA: SALA CUNA DÍA CAMA: CUIDADOS INTENSIVOS DÍA CAMA: INCUBADORA, INTERMEDIO, OBSERVACION, AISLAMIENTO DERECHO DE PABELLÓN EXÁMENES LABORATORIO IMAGENOLOGÍA EN HOSPITALIZACIÓN (RAYOS, ECOTOMOAGRAFIA) IMAGENOLOGÍA EN HOSPITALIZACIÓN (RESONANCIA, SCANNER) KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA MEDICAMENTOS (2) MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS (2) QUIMIOTERAPIA (8) PROCEDIMIENTOS HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS VISITA POR MÉDICO TRATANTE VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR PROTESIS / ORTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS TRASLADOS MÉDICOS (16)		70% Sin Tope: Clínica RedSalud Santiago 60% Sin Tope: Clínica RedSalud Providencia 50% Sin Tope: Clínica RedSalud Vitacura (Médicos en centros médicos RedSalud staff del plan) Habitación Individual (A)		DESDE: 9 UF: Clínica RedSalud Santiago 13 UF: Clínica RedSalud Providencia 21 UF: Clínica RedSalud Vitacura Para Prestaciones Señaladas en la Letra M (Médicos en centros médicos RedSalud staff del plan)	Sin Tope 50 30 Sin Tope 100 1,5
AMBULATORIA					
CONSULTA MÉDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES*** (12) CONSULTA MÉDICA TITULAR CONSULTA ESPECIALIDADES (B)		Centros Médicos RedSalud (**) (17)		0,15 0,15 0,20	Sin Tope
EXÁMENES LABORATORIO IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRFIA) IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER) PAD DENTALES (10) HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS PABELLÓN AMBULATORIO PROCEDIMIENTOS CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRÍA CONSULTA / TRATAMIENTO PSICOLOGÍA KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA FONOAUDIOLOGÍA		70% Sin Tope: Centros Médicos RedSalud ⁽¹⁷⁾	Sin Tope		Sin Tope
			0,9 UF		10
RADIOTERAPIA QUIMIOTERAPIA (8) PROTESIS/ORTESIS (11) ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA (4a y 4b) CONSULTA Y ATENCIÓN INTEGRAL NUTRICIONISTA (5) PAD CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD) (13) PAD MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD) (14)		80%	Sin Tope		100 100 5,0 1,2 1,2
		100%			0,72 UF 0,78 UF
PRESTACIONES RESTRINGIDAS					
CIRUGÍA BARIÁTRICA CIRUGÍA SEPTOPLASTIA TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD		25% DE LA COBERTURA GENERAL DEL PLAN			Sin Tope
OTRAS COBERTURAS					
TERAPIA OCUPACIONAL MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS (9) HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (3) BOX AMBULATORIO TRASLADOS MÉDICOS (16)		70% 80% 80% 70% 80%	Sin Tope		Sin Tope 1,2 5 Sin Tope 1,5
ATENCIÓN DE URGENCIA					
ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIA (D) (E)		Incluye consulta médica de urgencia, insumos, medicamentos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos solo en las siguientes Clínicas: Clínica RedSalud Providencia, Clínica Redsalud Santiago. En Clínica RedSalud Providencia solo a urgencia adulto normal y compleja.			
		URGENCIA NORMAL		URGENCIA COMPLEJA (****)	
URGENCIA ADULTO		Copago Fijo de 1,0 UF		Copago Fijo de 2,4 UF	
URGENCIA PEDIÁTRICA		Copago Fijo de 0,9 UF		Copago Fijo de 1,6 UF	
URGENCIA MATERNAL		Copago Fijo de 0,5 UF		Copago Fijo de 0,9 UF	
PRESTADORES DERIVADOS					
Clínica Redsalud Providencia, Clínica Redsalud Santiago, Clínica Redsalud Vitacura.					
(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO					
(**) La atención ambulatoria se realizará exclusivamente en los Centros Médicos Redsalud indicados en el sitio web www.consalud.cl.					
(***) En Notas explicativas del plan se individualizan las especialidades de telemedicina.					
(****) La complejidad está definida por la realización de ciertas prestaciones de salud del grupo de Imagenología (40), específicamente de los subgrupos Tomografía Computarizada (403), Ultrasonografía (403), Resonancias Magnéticas (405), Suturas (15-02 y 16-02), procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y aquellas atenciones a pacientes que ingresen en riesgo vital.					

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 SEGUN COMPOSICION 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: AC2

UNIDAD : PESOS

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

2.100 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 INGRES XX

- 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.

TIEMPOS DE ESPERA

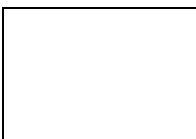
	N° Días Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
- CONSULTAS MÉDICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	9	Los tiempos de espera definidos, se cuentan a partir de la fecha en que el beneficiario suscriba el formulario pertinente que la isapre dispondrá en sus sucursales.
- CONSULTAS MÉDICAS EN ESPECIALIDAD	14	
*PARA CONSULTAS MÉDICAS EN LAS ESPECIALIDADES DE: GASTROENTEROLOGÍA, REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA, UROLOGÍA, ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA.	28	
- EXÁMENES	9	
- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS	21	
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	21	
- HOSPITALIZACIONES EN OTORRINO - OFTALMOLOGÍA -NEUROCIRUGÍA	42	

FIRMA AFILIADO:

NOMBRE :

RUT :

FECHA :



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE :

RUT :

FECHA :

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 PSQUIÁTRICA:** 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.
- 4) **a) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERÍA 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.
- 4) **b) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERÍA EN CENTRO DE ADULTO MAYOR:** Se bonificará la atención que reciba el afiliado y sus beneficiarios, sólo cuando sean mayores de 55 años.
- 5) **CONSULTA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA:** Tanto la Consulta de Nutricionista como la Atención Integral de Nutricionista, requieren de indicación por prescripción de médico tratante, y están destinadas a pacientes de cualquier edad, que presenten sobrepeso u obesidad según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). La Atención Integral comprende tres consultas de nutricionista, a saber, una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.
- 6) **TOPES DE BONIFICACIÓN:** 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.
- 7) **TOPE MÁXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIOS:** 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 período 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 ÓPTICOS:** Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos sólo con la presentación de la boleta correspondiente.
- 10) **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.
- 11) **PROTESIS Y ORTESIS:** En caso que algún tipo de estas prestaciones no estén disponibles en los prestadores indicados en el plan de salud; dichas prestaciones recibirán cobertura en cualquier prestador que elija el afiliado, como si estas hubiesen sido otorgadas en el prestador Centros Médicos RedSalud.
- 12) **CONSULTA MÉDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES:** Considera las siguientes especialidades: Dermatología, Geriátrica, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología.
- 13) **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.
- 14) **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.
- 15) **PRESTACIONES CON COPAGO FIJO:** Eventos hospitalarios: Para efecto de cobertura, se entiende incluido dentro del copago fijo, el costo de todas las prestaciones contenidas en el Arancel del Plan, que reciba el beneficiario durante una hospitalización, que pertenezcan a los ítems detallados en el anverso de este plan, desde el día de ingreso hasta el Alta médica.
- 16) **TRASLADOS MÉDICOS:** Los traslados sólo cubren al paciente y deben ser autorizados previamente por la Isapre.
- 17) **CENTROS MÉDICOS REDSALUD:** Excepto Arauco Salud.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO

- A) Cobertura Hospitalaria: La cobertura de atención hospitalaria en los términos señalados en el plan de salud complementario cerrado, corresponderá sólo si ha sido prescrito por el Médico Titular o por uno de los médicos interconsultores que Centros Médicos RedSalud a establecido para los beneficiarios de este plan, y se efectúa exclusivamente en los prestadores cerrados que corresponde a : Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Providencia y Clínica RedSalud Vitacura o en los prestadores cerrados derivados señalados en el plan de salud. Para que puedan tener derecho a la cobertura del plan de salud, en lo referente a las prestaciones hospitalarias, los beneficiarios del plan deberán ser hospitalizados en el tipo de habitación individual y bajo modalidad de Honorarios Médicos Quirúrgicos del staff de médicos convenidos para estos Planes Salud Administrada. La Habitación Individual se utilizará según disponibilidad del Prestador y en caso de no existir disponibilidad, se utilizará habitación doble o la siguiente que exista disponible de menor valor. 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 de beneficiario.
- B) Cobertura Ambulatoria: La cobertura de atención ambulatoria en los términos señalados en el plan de salud complementario cerrado, corresponderá solo si la atención es realizada por alguno de los Médicos Titulares de los Centros Médicos RedSalud individualizados . Para obtener atención, el beneficiario o su representante deberá solicitar previamente una hora de atención con su Médico Titular o alguno de los Médicos Titulares staff de Centros Médicos RedSalud, que forman parte de los profesionales definidos para el plan. Dicha atención podrá ser solicitada al Teléfono 6004256000 en horario normal de oficina, indicando el Rut del beneficiario. Médico Titular incluye médicos generales para adultos e infantiles. Las especialidades médicas deben ser derivadas por un médico titular, a excepción de Pediatría, Ginecología y Oftalmología que no requieren derivación del Médico Titular.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO (CONTINUACION)

- C) En caso de insuficiencia del prestador individualizado en el plan, es decir, cuando por falta de profesionales o medios, aquel se encuentra imposibilitado temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada y ha transcurrido el tiempo de espera previsto en el Plan de Salud para el otorgamiento de las mismas, el beneficiario tendrá el derecho de solicitar a la Isapre la derivación a alguno de los prestadores derivados que se indican en el plan de salud u otro que defina la Isapre. Se convienen expresamente que esta derivación sólo tendrá por objeto el otorgamiento de aquellas atenciones de salud específicas que no pudieron ser brindadas por los prestadores individualizados en el plan. Las prestaciones que se otorguen bajo estas condiciones, serán bonificadas por la Isapre de manera tal, que se mantenga el monto que le habría correspondido copagar al afiliado de haberse atendido en el prestador que dio origen a la derivación. De realizarse la atención, sin la autorización expresa de la Isapre, el afiliado no tendrá derecho a cobertura alguna. El beneficiario deberá llamar al 6004256000, unidad que elevara requerimiento para autorizar la derivación correspondiente.
- D) La Isapre garantiza al afiliado y sus beneficiarios la atención de urgencia de las prestaciones que conforman la oferta cerrada, para lo cual se ha identificado en el plan de salud, en el recuadro «ATENCIÓN DE URGENCIA INTEGRAL», los prestadores con los cuales se ha convenido el otorgamiento de dicha atención. De este modo, para acceder a una atención de urgencia, el afiliado y sus beneficiarios deberán concurrir ante alguno de los prestadores antes referidos. En caso que la prestación de urgencia se otorgue en la forma antes descrita, el costo para el afiliado será el valor del copago fijo señalado en el plan de salud para esta prestación. Si la atención de urgencia es otorgada por otro prestador, el afiliado tendrá derecho a una bonificación igual a la que habría obtenido en caso que la atención la hubiere entregado Clínica Avansalud, y será de su cargo la diferencia del precio cobrado por ese prestador ajeno al plan. Para que proceda la bonificación en un prestador distinto de los indicados en el plan, el afiliado deberá comunicar la urgencia a la Isapre dentro de las 48 horas siguientes de ocurrido el hecho que la motiva. En los casos en que el plazo se cumpla en día feriado, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente.
- E) Si el afiliado, producto de la atención de urgencia integral, debe quedar hospitalizado, deberá cancelar el copago fijo que corresponda de acuerdo al tipo de atención señalado en el cuadro "ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIA" mas el copago correspondiente a la hospitalización respectiva.
- F) Los afiliados y beneficiarios pertenecientes a los planes de salud cerrados, tienen derecho a solicitar una segunda opinión médica. Para ello, pueden solicitar la derivación a un profesional de la red, distinto a su médico tratante, para que le entregue una segunda opinión médica. En caso que esta segunda opinión sea obtenida directamente por el beneficiario, esta debe ser entregada al médico tratante para su consideración. Sin embargo, si existieran opiniones médicas divergentes, dicha diferencia podrá ser zanjada por el director médico de Salud Administrada de Centros Médicos RedSalud, quien pronunciara por escrito al beneficiario, en un plazo no superior a los 15 días.
- G) Con la finalidad de dar solución a las eventuales divergencias que se puedan producir entre las distintas opiniones médicas, en el ejercicio del derecho contemplado en la letra anterior, se establece que estas serán resueltas con la opinión técnica del Director Médico del prestador individualizado en el plan, o del respectivo jefe de servicio u otro médico que cumpla en la institución similares funciones. El afiliado y sus beneficiarios podrán requerir directamente la intervención de quien debe dar solución a la divergencia de opiniones, instancia que deberá pronunciarse por escrito en un plazo máximo de 15 días hábiles siguientes de recibida la petición del afiliado. En el pronunciamiento deberá constar los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de la persona que lo emite.
- H) El término del convenio entre el prestador individualizado en el plan de salud y la Isapre, o cualquier modificación que éstos le introduzcan, no afectará el monto que, en virtud del plan contratado, le corresponde copagar a los beneficiarios por las atenciones recibidas del respectivo prestador, hasta la anualidad que corresponda, al cumplimiento de la cual la Isapre podrá adecuar el plan.
- I) Si durante la vigencia del plan contratado, terminare la existencia legal del o los prestadores individualizados en el plan o éstos experimentaren una pérdida total de su infraestructura o una paralización permanente de sus actividades, la Isapre comunicará por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes afectados, junto con las alternativas de planes que dispone para ellos. En esta oferta deberá contemplarse como mínimo, el Plan de Salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el plan.
- J) Si durante la vigencia del plan contratado, el o los prestadores individualizados en el plan experimentaren una pérdida parcial y permanente de su infraestructura o una sustitución de la especialidad médica a que estaban orientados al momento de celebrarse el contrato, la Isapre deberá comunicar por escrito dicho evento a cada uno de los cotizantes afectados, junto con las alternativas de planes que dispone para ellos. En esta oferta deberá contemplarse como mínimo, el Plan de Salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el plan.
- K) Sin perjuicio del derecho que tiene el afiliado de solicitar a la Isapre un cambio de plan de salud cuando concurra alguna de las condiciones que establece la ley de Isapre en el inciso primero del artículo 38, la Isapre ofrecerá al afiliado un nuevo plan si este así lo requiere y su petición se fundamenta en alguna de las situaciones que a continuación se indican, en cuyo caso, la oferta de la Isapre contemplará como mínimo, un plan de salud que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el plan.
- a) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse al plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región del país.
- b) Si se produce una falta de atención continua y oportuna por parte del Prestador.
- c) Si ocurre un incumplimiento por parte de la Isapre de la obligación de derivación; o la derivación la hace a un prestador distinto de los indicados en el Plan de Salud o existe una falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
- d) Si la Isapre incurre en una falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en el Plan.
La facultad del afiliado regulada precedentemente, no lo priva de la opción de solicitar el término del plan de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la Isapre, en conformidad a las reglas generales.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO (CONTINUACION)

L) En los siguientes casos el copago fijo por evento, estipulado en el plan, no rige y la bonificación será calculada de la siguiente manera:

Enfermedades, Patologías o Condiciones de Salud Preexistentes Declaradas:

Las prestaciones de salud por enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes declaradas por el afiliado o sus beneficiarios que se efectúen dentro de los primeros 18 meses de vigencia de beneficios tendrán una bonificación del 25% de la diferencia entre el monto total de la factura del evento y el copago fijo indicado en el plan.

En ningún caso la cobertura financiera será inferior a la que otorga el Fonasa en la Modalidad de Libre Elección, ni al 25% de la prevista en el Plan de Salud para la prestación genérica correspondiente.

Ejemplo de Aplicación Regla:

Monto total de la factura: \$ 100.000

Copago del evento en el plan: \$ 40.000

Bonificación beneficiario en periodo de preexistencia: $(\$ 100.000 - \$ 40.000) \times 25\% = \$ 15.000$

Copago beneficiario: $\$ 100.000 - \$ 15.000 = \$ 85.000$

Cobertura por Atención de Parto:

Para las prestaciones originadas en la atención del parto de beneficiarias que se afiliaron a un contrato de salud embarazadas, la cobertura será el resultado de la diferencia entre el monto total de la factura del evento y el copago fijo indicado en el plan para la prestación, Multiplicado por la proporción entre el número de meses de vigencia de los beneficios que tenga la beneficiaria al momento de producirse el parto y el número total de meses de duración del embarazo.

Ejemplo con Parto a los 9 meses, de Beneficiaria con 5 meses vigencia de Beneficios:

Monto total de la factura: \$ 100.000

Copago del evento en el plan: \$ 40.000

Bonificación beneficiario en periodo de preexistencia: $(\$ 100.000 - \$ 40.000) \times (5/9) = \$ 33.333$

Copago beneficiario: $\$ 100.000 - \$ 33.333 = \$ 66.667$

(*) Los montos utilizados son solo de referencia para efectos ejemplificativos y no necesariamente tienen relación con la cobertura del plan de salud.

M) INTERVENCIONES HOSPITALARIAS QUE DAN DERECHO A COPAGO FIJO POR EVENTO

Listado de intervenciones afectas a copago fijo por evento:

CÓDIGO	PRESTACIÓN	CLINICA REDSALUD SANTIAGO	CLINICA REDSALUD PROVIDENCIA	CLINICA REDSALUD VITACURA
2104093	DEDOS EN GATILLO	9	13	21
1902082	FIMOSIS			
1302028	HIPERTROFIA DE ADENOIDES			
1302029	AMIGDALITIS CRÓNICA O HIPERTROFIA DE AMIGDALAS			
1902075	VARICOCELE			
1902076	VASECTOMÍA BILATERAL			
1302008	MUCOSITIS TIMPÁNICA			
2104181	RUPTURA TENDÓN DE AQUILES			
1802003	HERNIA INGUINAL			
1103066	SÍNDROME TUNEL CARPIANO			
1703030	VÁRICES O VENAS VERICOSAS MIEMBRO INFERIOR	17	23	26
2104159	TRASTORNO DE LOS MENISCOS			
1803018	HEMORROIDES			
1902066	TESTÍCULO NO DESCENDIDO (*)			
1103048	HERNIA LUMBAR			
1202078	MIOPÍA (*)			
1802001	HERNIA INGUINAL			
1802053	APENDICITIS AGUDA			
1202064	CATARATA (*)			
1802081	COLELITIASIS O COLECISTITIS			
1103049	HERNIA NÚCLEO PULPOSO (*)	30	48	60
2104156	INESTABILIDAD DE LA RODILLA O RUPTURA DE LIGAMENTOS			
2104051	RUPTURA MANGUITO ROTADOR			
(*) Excluye Clínica RedSalud Vitacura				

Ante la eventualidad de existir dos o mas intervenciones hospitalarias en un mismo evento, se bonificará de acuerdo a la prestación principal que originó la hospitalización.