

# PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Plan Libre Elección

QUINTA CONECTADA 11  
15-QCON11-20

# FULL



INDIVIDUAL		GRUPAL		FUN N°	
TIPO DE PLAN:		X		FOLIO	
PRESTACIONES <sup>(1)</sup>		COBERTURA EN LIBRE ELECCIÓN (*)		TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (U.F.) <sup>(7)</sup>	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA		PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL		TOPE DE BONIFICACION <sup>(6)</sup>	
DIA CAMA (19)		<b>100%:</b> Clínica RedSalud Valparaíso, Clínica Los Carrera, Clínica Bupa Reñaca, , Clínica Ciudad del Mar, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago Clínica Dávila, Hospital Clínico Universidad de Chile <b>90%:</b> Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Bupa Santiago, <b>60%:</b> Otros Prestadores (**)		Sin Tope	
DÍA CAMA: SALA CUNA					
DÍA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS					
DÍA CAMA CUIDADOS INTERMEDIOS Y OBSERVACION					
DERECHO DE PABELLON					
EXAMENES LABORATORIO					
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA (15)					
PRÓTESIS, ÓRTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS					
QUIMIOTERAPIA (8)					
PROCEDIMIENTOS (13)					
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)					
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)					
MEDICAMENTOS (2)					
MATERIALES E INSUMOS CLINICOS (2)					
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS (14)					
VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR					
VISITA POR MÉDICO TRATANTE					
TRASLADOS MÉDICOS		<b>100%</b>		50 UF	
				3,2 veces AC2	
				1,9 veces AC2	
				1,8 veces AC2	
				100 UF	
				80 UF	
				3,0 veces AC2	
				1,0 UF	
				1,0 UF	
				2,1 veces AC2	

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

(\*\*) Cualquier otro prestador no mencionado en el plan y cualquier prestador nuevo.

(\*\*\*) 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: 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

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.

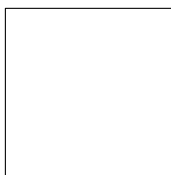
**5) ATENCION NUTRICIONISTA:** Requiere indicación por prescripción de médico tratante. Las atenciones están destinadas a pacientes de cualquier edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). 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 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 aquellos 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) **COBERTURA INTERNACIONAL:** Las prestaciones de salud que el afiliado reciba en el extranjero, serán tanto para ítems hospitalario como ambulatorio. 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.
- 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, anestesista 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 Y/O PSICOLOGÍA :** 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) **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.
- 20) **CENTROS MÉDICOS REDSALUD:** Excepto en centros médicos RedSalud Arauco.
- 21) **CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES:** Considera las siguientes especialidades: Dermatología, Geriátrica, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología.
- 22) **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.
- 23) **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.

FIRMA DEL AFILIADO  
NOMBRE:  
RUT:  
FECHA:



FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE  
NOMBRE:  
RUT:  
FECHA:

**QUINTA CONECTADA 11 15-QCON11-20**  
**SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS**  
 Valorizada al 01 de Julio del 2020

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
		% BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO(*) \$	NÚMERO DEL PRESTADOR(E)
<b>HOSPITALARIA</b>	<b>PARTO NORMAL</b>						
	Derecho de Pabellón 6	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	866.916				
	Honorarios Matrona	100%	254.214				
	Atención Inmediata Recién Nacido	100%	61.062				
	Visita Neonatólogo	100%	28.696				
	<b>PARTO POR CESAREA</b>						
	Derecho de Pabellón 7	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	1.064.994				
	Honorarios Matrona	100%	254.214				
	Atención Inmediata Recién Nacido	100%	61.062				
	Visita Neonatólogo	100%	28.696				
	<b>APENDICECTOMIA</b>						
	Derecho de Pabellón 7	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	1.024.302				
	<b>COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA</b>						
	Derecho de Pabellón 10	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	1.954.788				
	<b>HISTERECTOMIA TOTAL</b>						
	Derecho de Pabellón 8	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	1.484.664				
	<b>AMIGDALECTOMIA</b>						
	Derecho de Pabellón 5	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	546.738				
	<b>CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR</b>						
	Derecho de Pabellón 14	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	5.772.702				
	<b>EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO</b>						
	Derecho de Pabellón 12	100%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	100%	2.886.345				
	<b>DIAS CAMA</b>						
	Medicina	100%	SIN TOPE				
	Sala Cuna	100%	SIN TOPE				
	U.T.I. ADULTO	100%	SIN TOPE				
	U.T.I. PEDIATRIA	100%	SIN TOPE				
	U.T.I. NEONATAL	100%	SIN TOPE				
	<b>MEDICAMENTOS</b>						
	Apendicectomía	100%	2.869.642				
	Hospitalización Neumonía	100%	2.869.642				
	<b>MATERIALES CLINICOS</b>						
	Apendicectomía	100%	2.295.714				
	Hospitalización Neumonía	100%	2.295.714				
	<b>CONSULTAS</b>						
	Consulta Médica Electiva	90%	35.871				
	CONSULTA PSIQUIÁTRICA (A)	90%	23.585				
	<b>EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS</b>						
	Hemograma	90%	5.096				
	Estudio De Lípidos Sanguíneos	90%	10.580				
	Perfil Bioquímico	90%	14.369				
	Urocultivo	90%	6.176				
	Orina Completa	90%	3.164				
	Densitometría Ósea	90%	64.094				
	Citodiagnóstico Corriente	90%	10.764				
	Estudio Histopatológico Corriente	90%	21.974				
	Exploración Vitreoretinal	90%	9.500				
	Electrocardiograma de reposo	90%	9.942				
	Ecocardiograma Doppler	90%	90.219				
	Gastroduodenoscopia	90%	88.324				
	Hemodiálisis con Insumos Incluidos	90%	81.233				
	Rodillera, Bota Larga o Corta	90%	30.926				
	<b>IMAGENOLOGIA</b>						
	Radiografía de Tórax	90%	37.492				
	Mamografía Bilateral	90%	36.795				
	Radiografía de brazo, codo, muñeca	90%	15.475				
	Tomografía Axial Computarizada	90%	104.973				
	Ecotomografía Abdominal	90%	43.331				
	Ecotomografía Ginecológica	90%	22.933				
	<b>MEDICINA FISICA</b>						
	Ejercicios Respiratorios (A)	90%	7.935				
	Reeducación Motriz (A)	90%	4.681				
<b>AMBULATORIA</b>							

(A) : Prestación sujeta al siguiente Tope Anual :

\* Consulta/Tratamiento Psiquiatría y/o Psicología (Consulta Psiquiátrica y Otros).....: 5 U.F. -

\* Kinesiología Ambulatoria (Ejercicios Respiratorios, Reeducación Motriz y Otros).....: 7 U.F. -

(B) : El tope de medicamentos se aplica por evento/beneficiario.

(C) : Reajustabilidad:

Los valores contemplados en esta cartilla fueron calculados al 01 de Julio del 2020, por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, el Arancel en pesos se reajustará el 01 de Abril del 2021

Las prestaciones en U.F. se actualizarán al valor oficial registrado por dicha unidad el último día del mes anterior a la fecha en que se bonifica la prestación.

(\*) 100 % SIN TOPE Red Salud Valparaíso, Clínica los Carrera, Clínica Red Salud Providencia, Red Salud Santiago, Clínica Dávila, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Bupa Refiaca, Clínica Ciudad del Mar. 90% SIN TOPE Clínica Red Salud Vitacura y Clínica Bupa. 60% SIN TOPE Otros y Prestadores Nuevos.

Fecha

Firma Afiliado

Firma Consalud