

LIBRE ELECCIÓN NACIONAL 05A
15-LEN05A-20

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL ☒ GRUPAL ☐

FUN N°	
FOLIO	

PRESTACIONES ⁽¹⁾	COBERTURA EN LIBRE ELECCION (*)		
	PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION ⁽⁶⁾	TOPE MÁX. AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (U.F) ⁽⁷⁾
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
DIA CAMA ⁽¹⁹⁾	70%	3,0 UF	SIN TOPE
DIA CAMA: SALA CUNA		1,5 UF	
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS		5,0 UF	
DERECHO DE PABELLON		2,4 veces AC2	
DIA CAMA CUIDADOS INTERMEDIOS y OBSERVACION		1,0 veces AC2	
IMAGENOLOGIA (RAYOS, ECOTOMOGRAFIA)		1,0 veces AC2	4
IMAGENOLOGIA (RESONANCIA, SCANNER)		0,9 veces AC2	
PROCEDIMIENTOS ⁽¹³⁾		1,3 veces AC2	
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA ⁽¹⁵⁾		2,5 veces AC2	
EXAMENES LABORATORIO		1,3 veces AC2	SIN TOPE
HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICOS ⁽¹⁴⁾		1,2 veces AC2	
VISITA POR MEDICO TRATANTE		0,5 UF	
VISITA POR MEDICO INTERCONSULTOR		0,5 UF	30
MEDICAMENTOS ⁽²⁾		15 UF	
MATERIALES E INSUMOS CLINICOS ⁽²⁾		15 UF	
PROTESIS, ORTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		20 UF	30
TRASLADOS MEDICOS	0,9 veces AC2	50	
QUIMIOTERAPIA ⁽⁸⁾	30 UF	SIN TOPE	
		60	
AMBULATORIAS			
CONSULTA MEDICA	60%	0,3 UF	SIN TOPE
EXAMENES LABORATORIO		1,0 veces AC2	
PROCEDIMIENTOS ⁽¹³⁾		1,2 veces AC2	
PABELLON AMBULATORIO ⁽¹⁶⁾		1,9 veces AC2	
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS ⁽¹⁴⁾		1,2 veces AC2	3
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA ⁽¹⁵⁾		1,0 veces AC2	
IMAGENOLOGIA (RAYOS, ECOTOMOGRAFIA)		1,0 veces AC2	
IMAGENOLOGIA (RESONANCIA, SCANNER)		0,8 veces AC2	SIN TOPE
RADIOTERAPIA		1,2 veces AC2	
FONOAUDIOLOGIA		1,0 veces AC2	
QUIMIOTERAPIA ⁽⁸⁾		30 UF	3,5
PROTESIS / ORTESIS		0,9 veces AC2	60
ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA ^(4 a-b)		0,7 veces AC2	SIN TOPE
ATENCION INTEGRAL DE NUTRICIONISTA ⁽⁵⁾		0,7 veces AC2	1,3
PRESTACIONES DENTALES (PAD) ⁽¹¹⁾		0,9 UF	1,3
			SIN TOPE
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
CIRUGÍA BARIÁTRICA, SEPTOPLASTÍA, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD.	25% con tope Libre Elección		SIN TOPE
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA ⁽³⁾	60%	1,0 veces AC2	5
CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGIA		0,9 veces AC2	3
OTRAS COBERTURAS			
CONSULTA DE TELEMEDICINA	70%	0,65 UF	SIN TOPE
TERAPIA OCUPACIONAL	60%	1,0 veces AC2	3
MARCOS Y CRISTALES OPTICOS ⁽⁹⁾	60%	1,0 UF	1,5
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA ⁽¹²⁾		0,6 UF	1
TRASLADOS MÉDICOS	60%	0,9 veces AC2	SIN TOPE
BOX AMBULATORIO ⁽¹⁷⁾	60%	0,5 veces AC2	
COBERTURA INTERNACIONAL ⁽¹⁰⁾	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

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 sexo y 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 nuevo 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 POR BENEFICIARIOU.F. 5.000 ⁽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 sea inferior a \$ o al menos, alcance un 85% de dicha suma.
- 4) Que el plan de salud contratado se financie en al menos un 90%. Se entiende por financiamiento el 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**1) PRESTACIONES**

- a) Hospitalarias: Son aquellas que requieren de día cama.
- b) Ambulatorias: Son aquellas no consideradas en la definición anterior.

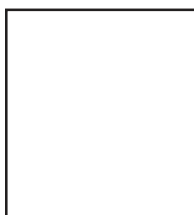
2) MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS: Son aquellos medicamentos y materiales clínicos recibidos por el beneficiario por causa de prestaciones hospitalarias. Sólo serán objeto de bonificación, aquellos medicamentos y materiales clínicos que el establecimiento hospitalario haya considerado en 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 de Quimioterapia y Hospitalización Psiquiátrica respectivamente. 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.

NOTAS EXPLICATIVAS

- 4 a) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA:** Se bonificará la atención que reciba el afiliado y sus beneficiarios, sólo cuando sean mayores de 55 años, o mayores de 15 años que se encuentren postrados o en estado terminal.
- 4 b) 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.
- 7) TOPE MÁX. AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO:** 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 medicamentos para tratamiento de cáncer exclusivamente, con acción citotóxica y/o citostática sobre éste. También se incluyen antieméticos y estimulantes de colonias que se administren en 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 con corrección dióptrica recetados por un médico oftalmólogo. Sólo los lentes para corregir la Presbicia no requieren receta médica. Se excluyen de esta cobertura los lentes de sol.
- 10) 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.
- 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 IMED en los prestadores en convenio y de acceder a la prestación en un prestador sin convenio 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, anestesiista 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) DÍA CAMA:** La bonificación del día cama, tendrá una cobertura correspondiente al día cama individual estándar (habitación con baño privado de menor precio del prestador) y las diferencias de uso por habitaciones superiores (suite, departamento u otras) serán de cargo del beneficiario.

FIRMA AFILIADO:
NOMBRE:
RUT:
FECHA:



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE
NOMBRE:
RUT:
FECHA: