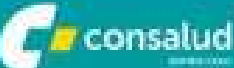


PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Plan Libre Elección

FULL



NORTE CONECTADO 01
15-NCON01-20

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			
DÍA CAMA (19)	60% : Clínica RedSalud Iquique Clínica RedSalud Providencia Clínica RedSalud Santiago 50% : Clínica El Loa, Clínica Tarapacá Clínica La Portada, Clínica Bupa Antofagasta Clínica San José Arica, Clínica Elqui, Clínica Dávila Hospital Clínico Universidad de Chile 45%: Otros Prestadores (**)	Sin Tope	Sin Tope
DÍA CAMA: SALA CUNA			
DÍA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS			
DÍA CAMA CUIDADOS INTERMEDIOS y OBSERVACIÓN			
DERECHO DE PABELLÓN			
EXÁMENES LABORATORIO			
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA (15)			
PRÓTESIS, ÓRTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS			
QUIMIOTERAPIA (8)			
PROCEDIMIENTOS (13)			
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)	60%	10 UF	100
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)		1,3 veces AC2	Sin Tope
MEDICAMENTOS (2)		1,3 veces AC2	
MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS (2)		1,2 veces AC2	
HONORARIOS MÉDICO-QUIRURGICOS (14)		100 UF	
VISITA POR MÉDICO TRATANTE		80 UF	
VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR		1,5 veces AC2	
TRASLADOS MÉDICOS		0,6 UF	
		0,6 UF	
		1,0 AC2	
AMBULATORIAS			
CONSULTA MÉDICA	60%: Centros Médicos RedSalud 50%: Clínica RedSalud Iquique Clínica El Loa, Clínica Tarapacá, Clínica La Portada, Clínica Bupa Antofagasta Clínica San José Arica Clínica Elqui Clínica RedSalud Providencia Clínica RedSalud Santiago Clínica Dávila Hospital Clínico Universidad de Chile 45%: Otros Prestadores (**)	0,7 UF	Sin Tope
EXÁMENES LABORATORIO		1,0 veces AC2	
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)		1,0 veces AC2	7
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)		0,9 veces AC2	
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA (15)		1,0 veces AC2	Sin Tope
PROCEDIMIENTOS (13)		1,0 veces AC2	
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS (14)		1,0 veces AC2	5
PABELLÓN AMBULATORIO (16)		1,2 veces AC2	
FONOAUDIOLOGÍA		1,1 veces AC2	Sin Tope
RADIOTERAPIA		1,2 veces AC2	100
PRÓTESIS Y ÓRTESIS	50 UF	500	
QUIMIOTERAPIA (8)	50 UF	2	
ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA (4 a-b)	1,0 veces AC2		
ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (5)	1,0 veces AC2	Sin Tope	
PRESTACIONES DENTALES (PAD) (11)	1,0 veces AC2		
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (3)	60%	1,2 veces AC2	7,1
CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA (18)		1,3 veces AC2	5
CIRUGÍA BARIÁTRICA, SEPTOPLASTÍA, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD.	25% con tope Libre Elección		Sin Tope
OTRAS COBERTURAS			
CONSULTA DE TELEMEDICINA	75%	0,75 UF	Sin Tope
TERAPIA OCUPACIONAL	60%	1,1 veces AC2	7
MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS (9)	60%	1,1 UF	1,8
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA (12)	60%	1,2 UF	2,0
TRASLADOS MÉDICOS	60%	1,3 veces AC2	Sin Tope
BOX AMBULATORIO (17)	60%	1,1 veces AC2	Sin Tope
COBERTURA INTERNACIONAL (10)	Igual a la cobertura nacional otorgada en Clínica RedSalud Santiago, tanto en 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.

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

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 ANUAL POR BENEFICIARIO

U.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 DE 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.

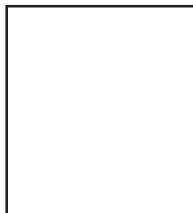
2) MEDICAMENTOS, MATERIALES E INSUMOS CLÍNICOS: Son aquellos medicamentos y materiales clínicos recibidos por el beneficiario por causa de prestaciones hospitalarias. Sólo serán objeto de bonificación, aquellos medicamentos y materiales clínicos que el establecimiento hospitalario haya considerado en 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 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 por 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 nutriciónista, 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, 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 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.
- 20) CENTROS MÉDICOS REDSALUD:** Excepto Arauco Salud.

FIRMA AFILIADO:
NOMBRE:
RUT:
FECHA:



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE
NOMBRE:
RUT:
FECHA:

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
		% BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO(*) \$	NÚMERO DEL PRESTADOR(E)
HOSPITALARIA	PARTO NORMAL						
	Derecho de Pabellón 6	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	433.458				
	Honorarios Matrona	60%	127.107				
	Atención Inmediata Recién Nacido	60%	30.531				
	Visita Neonatólogo	60%	17.158				
	PARTO POR CESAREA						
	Derecho de Pabellón 7	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	532.497				
	Honorarios Matrona	60%	127.107				
	Atención Inmediata Recién Nacido	60%	30.531				
	Visita Neonatólogo	60%	17.158				
	APENDICECTOMIA						
	Derecho de Pabellón 7	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	512.151				
	COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA						
	Derecho de Pabellón 10	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	977.394				
	HISTERECTOMIA TOTAL						
	Derecho de Pabellón 8	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	742.332				
	AMIGDALECTOMIA						
	Derecho de Pabellón 5	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	273.369				
	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Derecho de Pabellón 14	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	2.886.351				
	EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO						
	Derecho de Pabellón 12	60%	SIN TOPE				
	Honorarios Médicos	60%	1.443.173				
	DIAS CAMA						
	Medicina	60%	SIN TOPE				
	Sala Cuna	60%	SIN TOPE				
	U.T.I. ADULTO	60%	SIN TOPE				
	U.T.I. PEDIATRIA	60%	SIN TOPE				
	U.T.I. NEONATAL	60%	SIN TOPE				
	MEDICAMENTOS						
	Apendicectomía	60%	2.859.746				
	Hospitalización Neumonía	60%	2.859.746				
	MATERIALES CLINICOS						
	Apendicectomía	60%	2.287.797				
	Hospitalización Neumonía	60%	2.287.797				
	CONSULTAS						
	Consulta Médica Electiva	60%	20.018				
	CONSULTA PSIQUIÁTRICA (A)	60%	23.585				
AMBULATORIA	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Hemograma	60%	3.397				
	Estudio De Lípidos Sanguíneos	60%	7.053				
	Perfil Bioquímico	60%	9.579				
	Urocultivo	60%	4.117				
	Orina Completa	60%	2.109				
	Densitometría Ósea	60%	42.729				
	Citodiagnóstico Corriente	60%	7.176				
	Estudio Histopatológico Corriente	60%	14.649				
	Exploración Vitreoretinal	60%	6.333				
	Electrocardiograma de reposo	60%	6.628				
	Ecocardiograma Doppler	60%	60.146				
	Gastroduodenoscopia	60%	52.564				
	Hemodiálisis con Insumos Incluidos	60%	54.155				
	Rodillera, Bota Larga o Corta	60%	20.617				
	IMAGENOLOGIA						
	Radiografía de Tórax	60%	22.054				
	Mamografía Bilateral	60%	21.644				
	Radiografía de brazo, codo, muñeca	60%	9.103				
	Tomografía Axial Computarizada	60%	62.984				
	Ecotomografía Abdominal	60%	25.489				
	Ecotomografía Ginecológica	60%	13.490				
	MEDICINA FISICA						
	Ejercicios Respiratorios (A)	60%	2.760				
	Reeducación Motriz (A)	60%	1.628				

(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 Abril 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.

(*) 60 % SIN TOPE Clínica Red Salud Iquique, RedSalud Santiago y RedSalud Providencia. 50% SIN TOPE Clínica el Loa, Clínica Tarapacá, Clínica la Portada, Clínica Bupa Antofagasta, Clínica San José Arica, Clínica Elqui, Clínica Dávila, Hospital Clínico Universidad de Chile y 45% SIN TOPE Otros y Prestadores Nuevos.

Fecha

Firma Afiliado

Firma Consalud