

PREFERENTES

ZONA CENTRO Y QUINTA REGIÓN

► Nuestra línea de planes con prestadores preferentes y coberturas de hasta 100% en la zona centro y Quinta Región.

- Cobertura preferente en prestadores de la zona centro y Quinta Región.
- Coberturas hospitalarias de hasta 100% y ambulatoria de hasta 90% en clínicas y centros médicos, preferentes y libre elección.
- Cobertura preferente en prestadores de Santiago.

¿CUÁLES SON LOS
BENEFICIOS DE TENER UN
PLAN PREFERENTE
ZONA CENTRO Y
QUINTA REGIÓN?



COBERTURA HOSPITALARIA

Se refiere a las atenciones que incluyen estadía en las clínicas preferentes mencionadas en tu plan, o de libre elección.



COBERTURA AMBULATORIA

Corresponde a todas las atenciones que no requieren hospitalización.



URGENCIA INTEGRAL

Accede a copagos fijos en urgencias adulto, pediátrica y maternidad, en prestadores asociados.

¿DÓNDE ATENDERTE AL TENER UN PLAN PREFERENTE ZONA CENTRO Y QUINTA REGIÓN?

CLÍNICAS PREFERENTES:

HASTA **100%**
DE BONIFICACIÓN ATENCIÓN HOSPITALARIA

HASTA **90%**
DE BONIFICACIÓN ATENCIÓN AMBULATORIA



URGENCIA INTEGRAL:



Urgencia Integral en RedSalud RANCAGUA y RedSalud PROVIDENCIA es solo Adulto.
Urgencia Integral en FUSAT y RedSalud Santiago contempla Adulto, Pediátrico y Maternidad.

¿QUÉ NO CUBRE TU PLAN?

Cirugías de embellecimiento, insumos que no forman parte de la intervención en sí, como por ejemplo: mascarillas, delantales, pañales, entre otros.

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 Digital en la pestaña consulta aranceles.



PLAN PREFERENTE

PREFERENTE CENTRO 7 21

13-PREFC7-21

TIPO DE PLAN: ☒ Individual ☐ Grupal

FUN 1

EQUIC

[illegible]

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
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.

TIEMPOS DE ESPERA	
N° Días Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
- CONSULTAS MÉDICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	5
- CONSULTAS MÉDICAS EN ESPECIALIDAD	7
- EXÁMENES	4
- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS	10
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	14
- HOSPITALIZACIONES EN OTORRINO - OFTALMOLOGÍA - NEUROCIRUGÍA	30

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.

FIRMA AFILIADO:

NOMBRE :

RUT :

FECHA :

HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE :

RUT :

FECHA :

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.

- 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.
- 4) **a) ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA EN DOMICILIO:** 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) **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 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) **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 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) **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 vía reembolso.
- 11) **CENTROS MÉDICOS REDSALUD:** Excepto Arauco Salud.
- 12) **CONSULTA MEDICA 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.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

- A) Los prestadores hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores hospitalarios, en Habitación individual. La Habitación Individual se utilizará según disponibilidad de la clínica y en caso de no existir disponibilidad, se utilizará habitación doble o la siguiente que exista disponible de menor valor. La bonificación preferente 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.

A.1) Las Consultas Médicas, procedimientos ambulatorios y los Honorario Médicos por prestaciones hospitalarias realizadas en los prestadores nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores ambulatorios, tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas por médicos Staff en convenio entre Isapre Consalud y las Instituciones de Salud señaladas para cada prestación otorgada en el plan. En caso de no cumplir estas condiciones, la cobertura preferente se aplicará solo a la facturación de la clínica y los Honorarios Médicos serán bonificados de acuerdo a la modalidad libre elección.

La cobertura preferente aplicará exclusivamente para aquellas prestaciones que forman parte de la capacidad técnica del prestador preferente nominado en el plan y no se extenderá a aquellas que por falta de tal capacidad, sean otorgadas por prestadores distintos a los de la oferta preferente.

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

- B) El afiliado debe considerar que aquellas prestaciones específicas que, pudiendo entenderse incorporadas en la oferta preferente, no se realizan por el respectivo prestador, serán derivadas por la Isapre a un prestador de similares características, en cuyo caso se mantendrán las condiciones de cobertura del plan.
- C) En caso de insuficiencia de un prestador en convenio, es decir, cuando por falta de profesionales o medios, aquéllos se encuentran imposibilitados temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente 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 Isapre CONSALUD la derivación a otro prestador, en cuyo caso rige lo mismo señalado en el punto B). Esta derivación sólo tendrá por objeto el otorgamiento de las prestaciones específicas que no pudieron ser brindadas por los prestadores preferentes. Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la derivación, deberán ser bonificadas por la Isapre manteniendo 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 en un prestador distinto a los prestadores preferentes sin la autorización expresa de CONSALUD, la cobertura se hará bajo la modalidad libre elección. Esta solicitud de derivación se podrá solicitar en el formulario correspondiente en cualquier oficina de Consalud o en los puestos de atención que la Isapre tiene en las oficinas de los prestadores preferentes y, en días festivos u horarios inhábiles, podrá hacerse al fono 600-Consalud, para obtener respuesta a más tardar al día hábil siguiente.
- D) Para recibir Atenciones de Urgencia el afiliado deberá acudir a alguno de los prestadores indicados en el recuadro «ATENCIONES DE URGENCIA» del Plan de Salud. La bonificación en estos prestadores será la correspondiente a «OFERTA PREFERENTE». En caso de que la atención de urgencia ocurra en un prestador distinto a los señalados en el Plan, la cobertura se hará según lo indicado en «CUADRO DE COBERTURA EN LIBRE ELECCION».
- E) El afiliado que con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el recuadro «ATENCIONES DE URGENCIA» del esquema del Plan de Salud, tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el Plan de Salud, para acceder a la «OFERTA PREFERENTE». Por su parte CONSALUD tendrá el derecho a trasladar al afiliado a uno de estos prestadores una vez que lo autorice el médico tratante. Si el afiliado no accede a este traslado y opta por permanecer en el prestador en que se encuentre, la cobertura se hará bajo modalidad libre elección.
- F) Las prestaciones de salud que el afiliado reciba en el extranjero, serán cubiertas de acuerdo a lo indicado en «CUADRO DE COBERTURA EN LIBRE ELECCION». 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 de urgencia. El plazo para presentar dicha documentación, es de 90 días desde la emisión de la factura.
- G) El término del convenio entre un prestador e Isapre CONSALUD, 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 contrato.
- H) 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 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 contrato.
- I) 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.
- J) Los afiliados y beneficiarios pertenecientes a los planes de salud prefetente, 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.
- K) 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.
- L) 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" más el copago correspondiente a la hospitalización respectiva.