



PLAN CERRADO

CONTROL PLUS 10 120
14-CP10120-21

TIPO DE PLAN: ☒ Individual ☐ Grupal

FUN N°
FOLIO

PRESTACIONES ⁽¹⁾	OFERTA ÚNICA (*)		
	Porcentaje de Bonificación sobre Valor Real	Tope de Bonificación N° de veces el arancel ⁽⁶⁾	Tope Máximo Beneficiario / Año ⁽⁷⁾ (UF)

HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

DÍA CAMA DÍA CAMA-SALA CUNA DÍA CAMA: CUIDADOS INTENSIVOS DÍA CAMA-INCUBADORA, INTERMEDIO, OBSERVACIÓN, AISLAMIENTO DERECHO DE PABELLÓN EXÁMENES LABORATORIO IMAGENOLOGÍA EN HOSPITALIZACIÓN (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA) 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	100% Sin Tope: Clínica RedSalud Santiago Clínica RedSalud Providencia Clínica RedSalud Vitacura Clínica Dávila, Clínica Vespucio Hospital Clínico Universidad de Chile 80% Sin Tope: Clínica Bupa Santiago Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus (Staff Asomeduc) 70% Sin Tope: Clínica Indisa	Sin Tope
Habitación Individual (A.2)		

AMBULATORIA

CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES*** (13)	90% Sin Tope: Centros Médicos RedSalud 90% Sin Tope: Centros Médicos RedSalud (12) 80% Sin Tope: Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Providencia Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Dávila Clínica Vespucio, VidalIntegra Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Bupa Santiago 70% Sin Tope: Integramédica Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus (Staff Asomeduc) 60% Sin Tope: Clínica Indisa		Sin Tope
CONSULTA MEDICA			
EXAMENES LABORATORIO			
PROCEDIMIENTOS			
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS			
PABELLON AMBULATORIO			
IMAGENOLOGIA (RAYOS, ECOTOMOGRAFIA)			
IMAGENOLOGIA (RESONANCIA, SCANNER)			5
CONSULTA / TRATAMIENTO PSQUIATRIA			2
CONSULTA / TRATAMIENTO PSICOLOGIA			2
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA	90% Centros Médicos RedSalud (12)	1,8 AC2	1,6
FONOAUDIOLOGIA		2,0 AC2	1,5
PROTESIS/ORTESIS (11)		1,0 AC2	Sin Tope
ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERIA (4a y 4b)		2,0 AC2	1
CONSULTA Y ATENCION INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (5)		2,0 AC2	1
PAD DENTALES (10)	90%	0,9 AC2	
PAD CLINICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD) (14)		0,72 UF	Sin Tope
PAD MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD) (15)	100%	0,78 UF	
RADIOTERAPIA		2,0 AC2	100
QUIMIOTERAPIA (8)	90%	2,0 AC2	100

PRESTACIONES RESTRINGIDAS

CIRUGÍA SEPTOPLASTIA CIRUGÍA BARIATRICA TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	50%	1,0 AC2 1,0 AC2 1,0 AC2	Sin Tope Sin Tope 100
---	------------	-------------------------------	-----------------------------

OTRAS COBERTURAS

TERAPIA OCUPACIONAL MARCOS Y CRISTALES OPTICOS (9) HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA (3) TRASLADOS MÉDICOS	90% 80% 100% 80%	1,6 AC2 1,6 UF Sin Tope	1,6 1,6 4,0 1,2
--	---	-------------------------------	--------------------------

ATENCIÓN DE URGENCIA (E)

Incluye Consulta médica de Urgencia, Exámenes, Imágenes, Procedimientos, pabellón, y Honorarios médicos en Clínica Dávila, Clínica Vespucio, y Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus, Clínica Indisa.

ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIA (D) (H)	Incluye consulta médica de urgencia, insumos, medicamentos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos solo en las siguientes Clínicas: Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Bupa Santiago. En Clínica RedSalud Providencia solo a urgencia adulto normal y compleja.			
	Clínica RedSalud Santiago, Clínica RedSalud Providencia		Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Bupa	
	URGENCIA NORMAL	URGENCIA COMPLEJA (**)	URGENCIA NORMAL	URGENCIA COMPLEJA (**)
URGENCIA ADULTO	Copago Fijo de 1,10 UF	Copago Fijo de 2,65 UF	Copago Fijo de 1,40 UF	Copago Fijo de 3,60 UF
URGENCIA PEDIÁTRICA	Copago Fijo de 0,85 UF	Copago Fijo de 1,55 UF	Copago Fijo de 1,25 UF	Copago Fijo de 2,15 UF
URGENCIA MATERNAL	Copago Fijo de 0,60 UF	Copago Fijo de 0,95 UF	Copago Fijo de 1,00 UF	Copago Fijo de 1,15 UF

PRESTADORES DERIVADOS

Clínica Redsalud Providencia, Clínica Redsalud Santiago, Clínica Redsalud Vitacura.

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.

(**) 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.

(***) 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 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**2.500 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

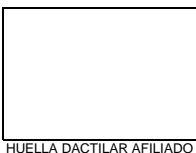
	N° Días Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
- CONSULTAS MÉDICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	9	Los tiempos de espera definidos, se cuentan a partir de la fecha en que el beneficiario suscriba el formulario pertinente que la isapre dispondrá en sus sucursales.
- CONSULTAS MÉDICAS EN ESPECIALIDAD	14	
*PARA CONSULTAS 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 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 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 ATENCION 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) **TOPE MAXIMO 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 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 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 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) **CENTROS MÉDICOS REDSALUD:** Excepto Arauco Salud.

13) **CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES:** Considera las siguientes especialidades: Dermatología, Geriátrica, Endocrinología, Neurología, Psiquiatría, Diabetología, y Nefrología.

14) **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.

15) **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 DEL PLAN CERRADO

A.1) Los Honorarios Médicos por prestaciones Hospitalarias realizadas en los prestadores nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores hospitalarios, tendrán cobertura cuando sean efectuados por médicos de 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 se aplicará solo a la factura del prestador y los honorarios médicos no serán bonificados.

A.2) 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.

B) Las consultas médicas, procedimientos ambulatorios y honorario médicos por prestaciones ambulatorias realizadas en los prestadores nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores Ambulatorios, tendrán cobertura cuando sean efectuados por médicos de 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 se aplicará solo a la factura del prestador y los honorarios médicos no serán bonificados.

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DEL PLAN CERRADO (CONTINUACION)

- C) La cobertura 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. En caso de insuficiencia del prestador preferente del 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 su capacidad técnica 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. En estos establecimientos asistenciales los afiliados obtendrán, a lo menos, las prestaciones contenidas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud en la modalidad libre elección, que se establece en el artículo 31 de la Ley N° 19.966.
- 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) El afiliado que con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el recuadro «ATENCIÓN DE URGENCIA» del Plan de Salud, tendrá derecho a ser trasladado a alguno de los prestadores individualizados en el Plan de Salud. Por su parte, la Isapre tendrá derecho a trasladar al afiliado a uno de los prestadores individualizados en el Plan de Salud, una vez que lo autorice expresamente el médico tratante. Si obtenida esta autorización el afiliado no accede al traslado y opta por permanecer en el prestador en que se encuentra, no tendrá cobertura alguna. Los gastos derivados del ejercicio del derecho a traslado se bonificarán conforme a la cobertura pactada en el plan de salud.
- F) El afiliado y sus beneficiarios tienen el derecho a solicitar una segunda opinión médica de alguno de los prestadores individualizados en el plan, respecto de las decisiones que emanen del Médico respectivo. Para hacer uso de este derecho, el afiliado deberá completar el documento que la Isapre ha elaborado con tal finalidad, correspondiendo al Médico Director del Plan de Salud, derivar al beneficiario hacia el profesional que entregará la segunda opinión, que pertenecerá a alguno de los prestadores del plan. De este modo, la Isapre garantiza al afiliado que podrá acceder a la segunda opinión médica, como asimismo que ella será debidamente considerada por el prestador que corresponda.
- 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) 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.
- 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.