



Planes Sur EASY FULL

Estamos contigo en los momentos más importantes.



COBERTURA PREFERENTE EN LAS MEJORES CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE TU ZONA



Cobertura Hospitalaria de hasta 100% sin tope

- Corresponde a las atenciones que incluyen estadía en las clínicas preferentes mencionadas en tu plan.



Cobertura Ambulatoria de hasta 80% sin tope

- Corresponde a todas las atenciones que no requieren hospitalización.



Acceso a las mejores clínicas y centros médicos de la Región Metropolitana



Urgencia integral

- Accede a copagos fijos en urgencias adulto y pediátrica.



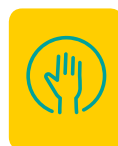
*Prestadores preferentes y de urgencia integral varían según plan contratado. **Revisa los prestadores específicos incluidos en tu cobertura hospitalaria y ambulatoria en tu plan de salud.

CONOCE LOS BENEFICIOS Y PRODUCTOS ADICIONALES QUE TENEMOS PARA TI:



• Beneficios gratuitos

Son Beneficios sin costo, adicionales a la cobertura de tu plan, por ejemplo:
Bonos Costo Cero en exámenes de laboratorio e imágenes en prestadores seleccionados, **descuento en farmacia y bonificación en ópticas**.
Conoce más en [Consalud.cl](https://consalud.cl)



• Productos Adicionales

Son coberturas adicionales que puedes contratar por un monto adicional a tu plan de salud, por ejemplo:
Pago de cotizaciones en caso de cesantía, Cobertura adicional en accidentes para menores de 18 años, Cobertura adicional en caso de eventos Catastróficos y Cobertura dental.
Conoce más en consalud.cl

LA ORIENTACIÓN QUE NECESITAS, DESDE TU SUCURSAL DIGITAL EN CONSALUD.CL O LLAMÁNDONOS A NUESTRO CONTACT CENTER 600 500 9000



• Orientación Ambulatoria

Para que elijas la alternativa de precio/calidad más conveniente en tus consultas y exámenes.



• Orientación Clínica

Para que accedas a tu cirugía programada a un valor conocido, sin cobros sorpresa, en la mejor red de clínicas.

¿Qué cubre mi plan?

- Prestaciones ambulatorias y hospitalarias aranceladas en Fonasa, realizadas por el staff de médicos en convenio con Consalud y qué exige la Superintendencia de Salud.

¿Qué no cubre mi plan?

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

Tope de bonificación

- Es el monto máximo a cubrir sobre una atención de salud cada vez que se requiera.

Arancel AC3

- Arancel Consalud, es una lista valorizada de prestaciones cubierta por tu plan de salud. El arancel lo puedes revisar en tu Sucursal Virtual en la pestaña CONSULTA ARANCELES.

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

Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que ellas cumplan los 2 años de edad.

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, lo que da origen al valor total plan según composición del grupo familiar:

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:	AC3	UNIDAD : PESOS
---------------------	-----	----------------

El Arancel Consalud es una lista valorizada de prestaciones cubierta por tu plan de salud, y este 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 marzo del año anterior a febrero del año de reajuste. Además del Reajuste antes indicado, 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

5000 UF (6)

CONDICIONES DE VIGENCIA PLAN CORPORATIVO (CUANDO CORRESPONDA)

1) Que se incorporen al plan grupal la cantidad de trabajadores como beneficiarios, dentro del plazo de meses contados desde la fecha de suscripción del convenio suscrito con la Empresa. Este porcentaje mínimo no podrá disminuir durante la vigencia del convenio.

2) Que el plan grupal este financiado en un 100% durante todo el período de vigencia del convenio suscrito con la Empresa. Se entiende por financiamiento, el cociente entre la suma de cotizaciones pactadas de los trabajadores que forman parte del convenio y la suma de precios de los planes de salud suscritos por ellos, en 12 meses móviles.

3) Que la siniestralidad total anual del plan grupal no supere el Se entiende por siniestralidad total, el cociente entre la suma de los gastos de prestaciones de salud y subsidios por incapacidad laboral (SIL) a cargo de la Isapre y la suma de las cotizaciones pagadas en ese mismo período.

4) Que la siniestralidad por subsidios por incapacidad laboral (SIL) anual del plan grupal no supere el Se entiende por siniestralidad SIL, el cociente entre la suma de los gastos por 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 CORPORATIVO (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	14	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.
*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 DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.

1) PRESTACIONES

a) Hospitalarias: Son aquellas que requieren de día cama o intervención quirúrgica con pabellón de complejidad igual o mayor a 5.

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.

Además, los medicamentos de la Esclerosis múltiple remitente recurrente, se cubren a través del código fonasa vigente para esta prestación.

Se excluyen de este ítem los medicamentos y materiales clínicos por tratamiento de cáncer, dado que se bonificarán en los porcentajes y topes específicos definidos para el ítem Quimioterapia.

Se excluyen asimismo de la oferta preferente, los medicamentos y materiales clínicos por tratamiento de infertilidad, 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) 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 y/o que se encuentren postrados o en estado terminal, post operados, ostomizados o que requieran instalación o retiro de catéter o sonda.

3) 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.

4) 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.

5) TOPES DE BONIFICACION: Los topes de bonificación se expresan en UF o en veces el Arancel Consalud (AC3). 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.

6) 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 realiza 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.

7) QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA Y/O AMBULATORIA: Tendrán cobertura aquellos esquemas terapéuticos incorporados en el Grupo vigente del Arancel Fonasa los 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.

8) MARCOS Y CRISTALES OPTICOS: Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos, previa presentación ante la Isapre de la prescripción del profesional, y de la boleta respectiva.

9) PRESTACIONES DENTALES (PAD): Se otorgará bonificación a 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 2503006. La cobertura se entregará vía reembolso.

10) CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES: Considera todas las especialidades aranceladas en FONASA.

11) PRESTACIONES CLÍNICA DE LACTANCIA (PAD): Se otorgará bonificación a 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.

12) PRESTACIONES MAL NUTRICIÓN INFANTIL (PAD): Se otorgará bonificación a los beneficiarios (as) que tengan entre 7 a 72 meses, que presenten mal nutrición infantil. EL código FONASA del PAD sujetos a cobertura es: 2502021. La cobertura se entregará vía reembolso.

13) TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA (PAD): Contempla solo Tratamiento de fertilización asistida de baja complejidad en hombre (Código 2502009) y en mujer (Código 2502010). La cobertura se entregará vía reembolso.

14) AUDIFONOS: Solo tendrán cobertura las personas mayores de 55 años de edad, y dicha cobertura será libre elección.

15) TERAPIA OCUPACIONAL: Las prestaciones de Terapia Ocupacional, ya sean de carácter ambulatoria, hospitalaria o domiciliaria, tendrán cobertura cuando estas sean realizadas por terapeutas ocupacionales que se encuentren inscritos en el Registro Nacional de Prestadores que mantiene la Superintendencia de Salud, y que hayan sido derivadas por médicos tratantes cuya especialidad este relacionada con el área de rehabilitación física, neurológica o psiquiátrica.

16) TRASLADOS MÉDICOS: Regirá solo para traslados de pacientes (se excluyen acompañantes) originados por hospitalizaciones, solicitados por el médico tratante y que hayan sido autorizados previamente por la Isapre, salvo los casos de urgencia, en cuyo caso se aplicara lo establecido en las CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE DEL PLAN.

17) CIRUGÍA PRESBICIA, FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA: Solo se otorgará la cobertura preferente del plan de salud, en caso de que estas prestaciones sean realizadas en el Centro Oftalmológico Providencia o en cualquiera de las sucursales de la Región Metropolitana de la Clínica Oftalmológica IOPA (Instituto Oftalmológico Profesor Arensten).

En caso de que las prestaciones se den en un prestador distinto a los individualizados en el párrafo anterior, se otorgará cobertura en modalidad libre elección.

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.

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

A.1) Las Consultas Médicas, procedimientos ambulatorios y los Honorarios 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.

A.2) Los prestadores ambulatorios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan, y corresponden a:

Centros médicos RedSalud: Incluye a Centro Médico Arauco Salud..

A.3) La cobertura preferente tanto hospitalaria como ambulatoria se otorgará solo con presentación de bono en prestadores en convenios especificados en el plan de salud.

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.

- 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 la cobertura que le habría correspondido 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 600 500 9000.
- 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 por una atención de urgencia 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.

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

- 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 preferente, 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.

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO(*) \$	NÚMERO DEL PRESTADOR
PARTO NORMAL						
Visita Neonatólogo	90%	7.582	60%	SIN TOPE		1
Atención Inmediata Recién Nacido	90%	25.462	60%	SIN TOPE		1
Honorarios Matrona	90%	106.006	60%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	361.495	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 6	90%	174.432	60%	SIN TOPE		1
PARTO POR CESAREA						
Visita Neonatólogo	90%	7.582	60%	SIN TOPE		1
Atención Inmediata Recién Nacido	90%	25.462	60%	SIN TOPE		1
Honorarios Matrona	90%	106.006	60%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	444.092	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 7	90%	236.718	60%	SIN TOPE		1
APENDICECTOMIA						
Honorarios Médicos	90%	427.124	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 7	90%	236.718	60%	SIN TOPE		1
COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
Honorarios Médicos	90%	815.127	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 10	90%	552.173	60%	SIN TOPE		1
HISTERECTOMIA TOTAL						
Honorarios Médicos	90%	619.089	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 8	90%	335.307	60%	SIN TOPE		1
AMIGDALECTOMIA						
Honorarios Médicos	90%	227.984	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 5	90%	136.842	60%	SIN TOPE		1
CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
Honorarios Médicos	90%	2.407.156	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 14	90%	1.084.843	60%	SIN TOPE		1
EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO						
Honorarios Médicos	90%	1.203.575	60%	SIN TOPE		1
Derecho de Pabellón 12	90%	830.229	60%	SIN TOPE		1
DIAS CAMA						
U.T.I. NEONATAL	90%	208.507	60%	SIN TOPE		1
U.T.I. PEDIATRIA	90%	208.507	60%	SIN TOPE		1
U.T.I. ADULTO	90%	208.507	60%	SIN TOPE		1
Sala Cuna	90%	30.328	60%	SIN TOPE		1
Medicina	90%	94.776	60%	SIN TOPE		1
MEDICAMENTOS						
Hospitalización Neumonía	90%	758.208	90%	758.208		1
Apendicectomía	90%	758.208	90%	758.208		1
MATERIALES CLINICOS						
Hospitalización Neumonía	90%	568.656	90%	568.656		1
Apendicectomía	90%	568.656	90%	568.656		1
CONSULTAS						
CONSULTA PSIQUIATRICA (A)	70%	17.060	60%	SIN TOPE		1
Consulta Médica Electiva	70%	17.060	60%	SIN TOPE		1
EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
Rodillera, Bota Larga o Corta	70%	18.054	60%	SIN TOPE		1
Hemodiálisis con Insumos Incluidos	70%	54.376	60%	SIN TOPE		1
Gastroduodenoscopia	70%	42.304	60%	SIN TOPE		1
Ecocardiograma Doppler	70%	52.669	60%	SIN TOPE		1
Electrocardiograma de reposo	70%	5.804	60%	SIN TOPE		1
Exploración Vitreoretinal	70%	5.545	60%	SIN TOPE		1
Estudio Histopatológico Corriente	70%	13.194	60%	SIN TOPE		1
Citodiagnóstico Corriente	70%	6.463	60%	SIN TOPE		1
Densitometría Ósea	70%	37.417	60%	SIN TOPE		1
Orina Completa	70%	1.900	60%	SIN TOPE		1
Urocultivo	70%	3.708	60%	SIN TOPE		1
Perfil Bioquímico	70%	8.628	60%	SIN TOPE		1
Estudio De Lípidos Sanguíneos	70%	6.353	60%	SIN TOPE		1
Hemograma	70%	3.060	60%	SIN TOPE		1
IMAGENOLOGIA						
Ecotomografía Ginecológica	70%	9.788	60%	SIN TOPE		1
Ecotomografía Abdominal	70%	18.493	60%	SIN TOPE		1
Tomografía Axial Computarizada	70%	65.660	60%	SIN TOPE		1
Radiografía de brazo, codo, muñeca	70%	6.604	60%	SIN TOPE		1
Mamografía Bilateral	70%	15.704	60%	SIN TOPE		1
Radiografía de Tórax	70%	16.002	60%	SIN TOPE		1
MEDICINA FISICA						
Reeducación Motriz (A)	70%	1.680	60%	SIN TOPE		1
Ejercicios Respiratorios (A)	70%	2.849	60%	SIN TOPE		1

(A) :Prestación(es) sujeta(s) al siguiente Tope Anual :

* Reeducación Motriz.....: 2,5 U.F. -> ☐

* Ejercicios Respiratorios.....: 2,5 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 Octubre del 2024 , por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo ☐ al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, el Arancel en pesos se reajustara el 01 de Abril del 2025 ☐

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. ☐