

# ► ¿QUÉ ES UN PLAN PREFERENTE?



► Plan de salud que tiene una cobertura más alta para el grupo de clínicas que más te interesan, y además tiene una cobertura “libre elección” para el resto de clínicas a nivel nacional.

Prestaciones ambulatorias y hospitalarias aranceladas en fonasa, realizadas por sta de médicos en convenio con Consalud y que exige la Super Intendencia de Salud.

► ¿QUÉ CUBRE MI PLAN?

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

► ¿QUÉ NO CUBRE MI PLAN?

## USO DEL PLAN

Cuando vayas a usar tu plan, llámanos a nuestro Contact Center 600 500 9000 y te entregaremos toda la orientación que necesitas..

## PRESTADO RESPREFERENTES

Prestadores con una mejor cobertura sin tope.

## TOPE DEL PLAN

Es el monto máximo a cubrir sobre una atención en salud.

### Definición de arancel (AC2):

Arancel Consalud, es una lista valorizada de prestaciones cubiertas por tu plan de salud. Puedes revisar sus valores en tu Sucursal Virtual.

### Urgencia Integral

Accede a una urgencia integral sólo cancelando el copago mencionado en tu plan dependiendo del tipo de urgencia. Este tipo de urgencia sólo aplica si está en tu plan de salud.

### Cobertura internacional

Puedes atenderte en cualquier parte del mundo y luego reembolsar en Consalud utilizando tu cobertura libre elección\*. \*Sólo si se encuentra especificado en tu plan contratado.

## BENEFICIOS GRATUITOS

Son Beneficios sin costo, adicionales a la cobertura de tu plan, por ejemplo: **BONOS COSTO CERO, BENEFICIOS DENTALES, DESCUENTO EN SALCOBRAND, REEMBOLSO RUNNING.** Conoce el detalle de todos los beneficios gratuitos en consalud.cl o ingresando a tu Sucursal Virtual.

## COMPLEMENTOS CONSALUD

Son seguros que puedes contratar por un monto adicional al plan de salud. Algunos de ellos son: **DENTAL, SEGURO DE CESANTÍA, ASISTENCIA EN VIAJE, ETC.** Puedes contratarlos en nuestras sucursales y algunos de ellos pueden ser contratados directamente a través de tu Sucursal Virtual en consalud.cl



## ORIENTACIÓN HOSPITALARIA

Recibe la orientación que necesitas a través de ejecutivas especializadas que te asesorarán para entregarte la mejor alternativa para tu cirugía programada. Además conoce nuestro servicio prepaga tu cirugía que te permite conocer el valor final de tu cuenta antes de tu cirugía. Accede a mejores copagos en cirugías de Meniscos, Lasik, Parto y/o cesárea, entre otras.



## ORIENTACIÓN AMBULATORIA

A través de nuestro Contact Center 600 500 9000 y en tu Sucursal Virtual consalud.cl, te entregamos la opción más conveniente para tus atenciones ambulatorias. Además en tu Sucursal Virtual te damos los mejores copagos para tus atenciones médicas.

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO**  
Plan Preferente

**RED SALUD ESPECIAL 500** 13-RSE500-17  
PLAN CON COBERTURA REDUCIDA EN: PARTO.

**PRO**

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL  GRUPAL

FUN N°	
FOLIO	

PRESTACIONES (1)	OFERTA PREFERENTE (*)		LIBRE ELECCIÓN		TOPE MÁX. AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (UF) (7)	
	BONIFICACIÓN		BONIFICACIÓN			
	%	TOPE (6)	%	TOPE (6)		
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA</b>						
DIA CAMA: CIRUGIA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA						
DIA CAMA: SALA CUNA						
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS						
DERECHO DE PABELLÓN						
DIA CAMA: INCUBADORA, INTERMEDIO, OBSERVACIÓN						
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)						
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)						
PROCEDIMIENTOS						
KINESIOLOGÍA y FISIOTERAPIA						
EXÁMENES LABORATORIO						
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS						
VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR						
VISITA POR MÉDICO TRATANTE						
MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS (2)						
MATERIALES CLÍNICOS (2)						
TRASLADOS MÉDICOS						
PRÓTESIS, ÓRTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS						
QUIMIOTERAPIA (8)						
<b>AMBULATORIAS</b>						
CONSULTAS MÉDICAS						
EXÁMENES LABORATORIO						
PROCEDIMIENTOS						
PABELLÓN AMBULATORIO						
HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS						
BOX AMBULATORIO						
KINESIOLOGÍA y FISIOTERAPIA						
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)						
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)						
RADIOTERAPIA						
FONOaudiología						
QUIMIOTERAPIA (8)						
PRÓTESIS Y ÓRTESIS						
ATENCIones INTEGRALES DE ENFERMERÍA (4) (5)						
ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA						
PRESTACIONES DENTALES (PAD) (12)						
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b>						
CIRUGÍA BARIÁTRICA, CIRUGÍA RINOPLÁSTICA Y TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD. HOSPITALIZACIÓN POR PARTO.						
HOSPITALIZACIÓN PSQUIATRICA (3)						
CONSULTA / TRATAMIENTO PSQUIATRÍA Y/O PSICOLOGÍA						
<b>OTRAS COBERTURAS</b>						
MARCOS Y CRISTALES ÓPTICOS (11)						
COBERTURA INTERNACIONAL (F)						
TRASLADOS MÉDICOS						
ATENCIÓN DE URGENCIA						
<b>PRESTADORES DERIVADOS</b>						
<b>ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIA (D) (L) (N)</b>						
	<b>URGENCIA NORMAL</b>		<b>URGENCIA COMPLEJA (*)</b>			
<b>URGENCIA ADULTO</b>	<b>Copago Fijo de 1,0 UF</b>		<b>Copago Fijo de 2,9 UF</b>			
<b>URGENCIA PEDIÁTRICA</b>	<b>Copago Fijo de 0,9 UF</b>		<b>Copago Fijo de 1,7 UF</b>			

(\*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE

(\*) La complejidad está definida por la realización de exámenes de imagenología de los subgrupos 03, TAC, 04 ultrasonografía y subgrupo 05 resonancias y procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y aquellas atenciones a pacientes que ingresen en riesgo vital.

**PRECIO DEL PLAN**

EDAD	TIPO DE BENEFICIARIO		CARGAS	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
0 a menos de 2 años	1,80	1,80	1,80	1,80
2 a menos de 5 años	0,80	0,80	0,80	0,80
5 a menos de 10 años	0,70	0,80	0,60	0,60
10 a menos de 15 años	0,70	0,80	0,60	0,60
15 a menos de 20 años	0,75	1,30	0,60	0,75
20 a menos de 25 años	0,80	1,4	0,70	1,00
25 a menos de 30 años	1,00	1,55	0,80	1,20
30 a menos de 35 años	1,00	1,90	1,00	1,30
35 a menos de 40 años	1,15	2,10	1,10	1,40
40 a menos de 45 años	1,30	2,00	1,30	1,50
45 a menos de 50 años	1,45	2,30	1,40	1,60
50 a menos de 55 años	1,85	2,65	1,80	1,80
55 a menos de 60 años	2,35	2,85	2,35	1,90
60 a menos de 65 años	3,20	3,70	3,20	3,70
65 a menos de 70 años	3,70	3,70	3,70	3,70
70 a menos de 75 años	4,00	4,00	4,00	4,00
75 a menos de 80 años	4,50	4,30	4,50	4,30
80 y más años	5,00	4,80	5,00	4,80

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 FACTORESN°**

603

**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 01 de enero y el 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al de la fecha del reajuste.

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)**

- 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.
- Que se mantenga durante la vigencia del convenio, un promedio de cargas legales por afiliado cercana a las ..... personas.
- 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.
- Que el plan o planes de salud contratados se deberán financiar en al menos un 90%. Se entiende por financiamiento al cuociente entre la suma de cotizaciones pagadas de los trabajadores afiliados al convenio colectivo y la suma de precios de los planes de esos trabajadores.
- Que la siniestralidad anual del plan no supere el 85%. Se entiende por siniestralidad el cuociente 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)**

- Que se mantenga permanentemente como trabajador de la empresa.
- Que se mantenga permanentemente como afiliado de CONSALUD.

**CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN MATRIMONIAL (CUANDO CORRESPONDA)**

- Que el cotizante y su cónyuge mantengan la calidad de afiliados vigentes de CONSALUD.
- Que el cotizante y su cónyuge estén de acuerdo en mantener el Plan Matrimonial.

**TIEMPOS DE ESPERA**

	Nº Días Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
- CONSULTAS MEDICAS EN ATENCION PRIMARIA	5	Los tiempos de espera definidos, se cuentan a partir de la fecha en que el beneficiario suscriba el documento de Solicitud de Contabilización del Tiempo de Espera en nuestras oficinas.
- CONSULTAS MEDICAS EN ESPECIALIDAD	7	
- EXAMENES	4	
- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS	10	
- INTERVENCIONES QUIRURGICAS	14	
- HOSPITALIZACIONES EN OTORRINO - OFTALMOLOGIA - NEUROCIRUGIA	30	

FIRMA AFILIADO:

NOMBRE :

RUT :

FECHA :



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE

NOMBRE :

RUT :

FECHA :

- 1) PRESTACIONES**
- Hospitalarias: Son aquellas que requieren de día cama.
  - Ambulatorias: Son aquellas no consideradas en la definición anterior.
- 2) MEDICAMENTOS Y MATERIALES CLINICOS 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) HOSPITALIZACION PSQUIATRICA:** 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) 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.
- 5) 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.
- 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) DROGAS CITOTOXICAS EN CICLOS DE QUIMIOTERAPIA:** Corresponde a medicamentos de uso endovenoso. Excluye medicamentos orales, medicamentos coadyuvantes, medicamentos hormonales, interferón, interleukina, anticuerpos monoclonales, analgésicos, antihistamínicos, soluciones parenterales, alimentos parenterales y medicamentos estimulantes de colonias.
- 11) MARCOS Y CRISTALES OPTICOS:** Correspondrá la bonificación de los marcos y cristales ópticos sólo con la presentación de la boleta correspondiente.
- 12) 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.

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

A ) Los prestadores hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus, Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Clínica Avansalud, Clínica Bicentenario, Clínica Tabancura y Clínica Indisa, 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 en Hospital Clínico de la Red de Salud UC Christus , tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas por médicos Staff ASOMEDUC en convenio entre Isapre Consalud y la Institución de Salud señalada 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) Las Consultas Médicas, procedimientos ambulatorios y los Honorario Médicos por prestaciones hospitalarias realizadas en Clínica Santa María, Clínica Dávila, Clínica Vespucio, Clínica Avansalud, Clínica Bicentenario, Clínica Tabancura y Clínica Indisa , 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.

- 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 fondo 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, sólo serán cubiertas en caso de urgencia. La cobertura se regirá 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) 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 contrato.
- J) CONSALUD ofrecerá un nuevo Plan de Salud al afiliado si este así lo requiere, y su petición se fundamenta en alguna de las siguientes situaciones:
- Modificación del domicilio consignado al incorporarse al plan y que se acredite que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en el plan.
  - Incumplimiento por parte de la Isapre de la derivación señalada en el punto C) precedente, o derivación a un prestador distinto de los indicados en el presente Plan de Salud o por falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado.
  - 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.
- K) 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.
- L) **CENTROS MÉDICOS DE LA RED DE SALUD UC CHRISTUS EN CONVENIO:**
- Centro Médico San Joaquín ( Av. Vicuña Mackenna 4686 )
  - Centro de Especialidades Médicas (Marcoleta 350)
  - Centro Médico Irarrázaval (Av. Irarrázaval 4949 Ñuñoa)
  - Centro Médico Lira (Lira 85, 5to piso)
  - Centro Médico San Jorge (Nevería 4444 )
  - Edificio Médico Alcántara (Av. Apoquindo 3990 )