

# ▶ ¿QUÉ ES UN PLAN LIBRE ELECCIÓN?

- ▶ Planes que permiten acceder a atención médica **LIBRE ELECCIÓN**. El Cliente elige las Clínicas y Centros Médicos donde se atenderá.

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 CUBRE MI PLAN?

Cirugías de embellecimiento, insumos que no forman parte de la intervención en sí, 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.

## TOPE DE BONIFICACIÓN

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

## TOPE MÁXIMO AÑO POR BENEFICIARIO

Es el monto máximo anual a cubrir sobre una atención de salud.

## Definición de arancel (AC2):

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.

## Cobertura hospitalaria

La Cobertura Hospitalaria incluye la estadía del paciente en cualquiera de las clínicas u hospitales en las que el cliente eligió atenderse.

## Cobertura ambulatoria

Corresponden a todas las atenciones que se realizan en los prestadores en los cuales el cliente eligió atenderse, y que no requieren día cama.

## 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](http://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](http://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.



### ORIENTACIÓN AMBULATORIA

A través de nuestro Contact Center 600 500 9000 y en tu Sucursal Virtual [Consalud.cl](http://Consalud.cl), te entregamos la opción más conveniente para tus atenciones ambulatorias. Además en tu Sucursal Virtual y APP Consalud te damos los mejores copagos para tus atenciones médicas.

# PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

## Plan Libre Elección

# PRO

PLAN LIBRE ELECCIÓN PRO AUSTRAL 2 15-PLEPA2-17  
PLAN CON COBERTURA REDUCIDA EN: PARTO

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL ☒ GRUPAL ☐

FUN N°	
FOLIO	

PRESTACIONES (1)	COBERTURA EN LIBRE ELECCION		TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO (U.F.) (7)	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION (6)		
DIA CAMA	100%	4,5 UF	SIN TOPE	
DIA CAMA: SALA CUNA		1,0 UF		
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS		10,0 UF		
DIA CAMA CUIDADOS INTERMEDIOS y OBSERVACION		1,5 veces AC2		
DERECHO DE PABELLON		1,3 veces AC2		
EXAMENES LABORATORIO		1,3 veces AC2		
IMAGENOLOGIA (RAYOS, ECOTOMOGRAFIA)		1,2 veces AC2		
IMAGENOLOGIA (RESONANCIA, SCANNER)		1,0 veces AC2		
KINESIOLOGIA		1,2 veces AC2		
MEDICAMENTOS (2)		30,0 UF	4,0	
MATERIALES E INSUMOS CLINICOS (2)		18,0 UF	35,0	
QUIMIOTERAPIA (8)		3,5 veces AC2	25,0	
PROCEDIMIENTOS		1,2 veces AC2	60,0	
HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICOS		1,2 veces AC2	SIN TOPE	
VISITA POR MEDICO TRATANTE		0,5 UF		
VISITA POR MEDICO INTERCONSULTOR		0,5 UF		
PROTESIS, ORTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		0,9 veces AC2		
TRASLADOS MEDICOS		0,9 veces AC2		
AMBULATORIAS				
CONSULTA MEDICA	90%	0,75 UF	SIN TOPE	
EXAMENES LABORATORIO		1,0 veces AC2		
IMAGENOLOGIA (RAYOS, ECOTOMOGRAFIA)		1,0 veces AC2		
IMAGENOLOGIA (RESONANCIA, SCANNER)		0,8 veces AC2	4,0	
KINESIOLOGIA		1,2 veces AC2		
PROCEDIMIENTOS		1,0 veces AC2	SIN TOPE	
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS		1,2 veces AC2		
BOX AMBULATORIO		0,5 veces AC2		
PABELLON AMBULATORIO		1,2 veces AC2		
FONOAUDIOLOGIA		1,0 veces AC2	4,0	
RADIOTERAPIA		1,0 veces AC2	SIN TOPE	
QUIMIOTERAPIA (8)		100 %	3,5 veces AC2	60
PROTESIS / ORTESIS		90 %	0,9 veces AC2	SIN TOPE
ATENCION INTEGRAL DE ENFERMERIA Y NUTRICIONISTA (4 a-b) (5)			0,9 veces AC2	1,3
PRESTACIONES DENTALES (PAD) (11)	80 %	0,9 UF	SIN TOPE	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS				
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (3)	70%	0,9 veces AC2	5,0	
CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGIA		0,9 veces AC2	3,0	
CIRUGIA BARIATRICA,TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD Y RINOPLASTÍA. HOSPITALIZACIÓN POR PARTO	25% DE LA COBERTURA GENERAL DEL PLAN			
OTRAS COBERTURAS				
MARCOS Y CRISTALES OPTICOS (9)	80%	1,1 UF	1,5 UF	
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA (12)		1,3 UF	1,8 UF	

(\*) La forma y aplicación de las coberturas se detalla en las Notas Explicativas y Definiciones contenidas en las páginas siguientes.

**PRECIO DEL PLAN**

TIPO DE BENEFICIARIO				
EDAD	COTIZANTE		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	0,70	1,30	0,60	0,75
20 a menos de 25 años	0,70	2,17	0,60	1,00
25 a menos de 30 años	0,90	2,50	0,70	1,40
30 a menos de 35 años	1,00	2,78	1,00	1,60
35 a menos de 40 años	1,05	2,60	1,05	1,60
40 a menos de 45 años	1,26	2,45	1,26	1,60
45 a menos de 50 años	1,40	2,70	1,30	1,75
50 a menos de 55 años	1,75	2,99	1,75	2,10
55 a menos de 60 años	2,22	3,34	1,90	2,20
60 a menos de 65 años	2,70	3,70	2,60	2,70
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 FACTORES<sup>Nº</sup>****592****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 <sup>(7)</sup>**CONDICIONES DE VIGENCIA PLAN COLECTIVO Y OTROS GRUPALES (CUANDO CORRESPONDA)**

- 1) Que se incorporen al convenio la cantidad de ..... trabajadores como beneficiarios o al menos el 85% de la misma, dentro del plazo de tres meses contados desde la fecha de suscripción del convenio. Este porcentaje mínimo no podrá disminuir durante la vigencia del convenio.
- 2) Que se mantenga durante la vigencia del convenio, un promedio de cargas legales por afiliado cercana a las ..... personas.
- 3) Que el monto mínimo de cotización mensual del grupo total de los trabajadores afectos al convenio colectivo, no sea inferior a \$ ..... o al menos, alcance un 85% de dicha suma.
- 4) Que el plan de salud contratado se financie en al menos un 90%. Se entiende por financiamiento el cociente entre la suma de cotizaciones pagadas de los trabajadores afiliados al convenio colectivo y la suma de precios de los planes de esos trabajadores.
- 5) Que la siniestralidad anual del plan no supere el 85%. Se entiende por siniestralidad el cociente entre la suma de los gastos de Prestaciones de Salud y Subsidios por Incapacidad Laboral a cargo de la Isapre y la suma de las cotizaciones pagadas en ese mismo período.

**NOTA:** En caso de Planes Grupales en que se pacte el precio en el porcentaje equivalente a la cotización legal para salud, no se producirán excedentes de cotización de salud.

**CONDICIONES QUE DEBE CUMPLIR EL AFILIADO PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL (CUANDO CORRESPONDA)**

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

**CONDICIONES DE VIGENCIA 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.

**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:** Son aquellos medicamentos y materiales clínicos recibidos por el beneficiario por causa de prestaciones hospitalarias. Sólo serán objeto de bonificación, aquellos medicamentos que el establecimiento hospitalario haya considerado en su factura. Se excluyen de éste 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 de Quimioterapia y Hospitalización Psiquiátrica respectivamente.

**3) HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA:** La bonificación por consultas y tratamientos hospitalarios, como asimismo los medicamentos que se reciban durante la hospitalización, se deben sumar para considerar la aplicación del tope de bonificación por año contrato. A modo de ejemplo y sin que esta enumeración sea taxativa, se detallan las siguientes prestaciones que se considerarán para la determinación de este tope: días cama, medicamentos, exámenes, consultas médicas. Asimismo, se aclara que la bonificación de cada prestación específica en ningún caso, ni antes ni después de llegado al tope, será inferior al 25% de la definida en el plan general convenido para la prestación genérica con que se encuentre relacionada.

## NOTAS EXPLICATIVAS Y DEFINICIONES

- 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) ATENCION NUTRICIONISTA:** Requiere indicación por prescripción de médico tratante. Las atenciones están destinadas a pacientes de cualquier edad, siempre que tengan riesgo cardiovascular modificable con dieta y que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.
- 6) TOPES DE BONIFICACION:** Los topes de bonificación se expresan en UF o en veces el Arancel Consalud (AC2). Los topes en UF se calcularán al valor oficial registrado por dicha unidad el último día del mes anterior a la fecha en que se bonifica la prestación.
- 7) 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 medicamentos para tratamiento de cáncer exclusivamente, con acción citotóxica y/o citostática sobre éste. También se incluyen antieméticos y estimulantes de colonias que se administren en forma concomitante, es decir los mismos días de infusión, de la quimioterapia. No tendrán cobertura medicamentos que correspondan a inmunoterapia, inmunomoduladores, hormonoterapia, bifosfonatos, medicamentos coadyuvantes de la quimioterapia y aquéllos que previenen los efectos no deseados de ésta, y procedimientos no arancelados asociados a la quimioterapia (preparación de drogas, administración de quimioterapia, administración en pabellón).
- 9) MARCOS Y CRISTALES OPTICOS:** Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos con corrección dióptrica recetados por un médico oftalmólogo. Sólo los lentes para corregir la Presbicia no requieren receta médica. Se excluyen de esta cobertura los lentes de sol.
- 10)** Las prestaciones de salud que el afiliado reciba en el extranjero, sólo serán cubiertas en caso de urgencia y cuando ésta se hubiera producido fuera de Chile. El afiliado, deberá entregar en la sucursal de Isapre Consalud, la documentación traducida al español y debidamente legalizada por el Consulado respectivo.
- 11) PRESTACIONES DENTALES (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones dentales los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Los códigos FONASA de los PAD sujetos a cobertura son: 2503001, 2503002, 2503003, 2503004, 2503005 y 25-03-006. La cobertura se entregará vía IMED en los prestadores en convenio y de acceder a la prestación en un prestador sin convenio la cobertura se entregará vía reembolso.
- 12) MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA:** Corresponde a la cobertura de medicamentos e insumos utilizados durante la atención médica recibida en un servicio de urgencia de una clínica u hospital.
- 13) PROCEDIMIENTOS:** Se incluyen en este rubro los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos efectuados o supervisados directamente por un médico cirujano. Además se incluyen los procedimientos de medicina transfusional llevados a cabo por tecnólogo médico con mención en banco de sangre.
- 14) HONORARIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS :** Corresponde a la cobertura de los honorarios de la totalidad del equipo médico participante en la cirugía (cirujano, médicos ayudantes, anestesista y arsenalera). Esta cobertura incluye la visita preanestésica, las acciones efectuadas en el pabellón quirúrgico y la atención postoperatoria directamente derivada de ella, hasta por 15 días.
- 15) KINESIOLOGÍA :** Se cubrirán exclusivamente prestaciones de este tipo destinadas al tratamiento de patologías recuperables, con carácter curativo, otorgadas por profesionales kinesiólogos o médicos fisiatras, por indicación de un médico tratante.
- 16 ) PABELLÓN AMBULATORIO:** Procede esta cobertura cuando se utiliza un pabellón o sala de procedimiento para llevar a cabo las prestaciones que en el Arancel Consalud se asocian a los códigos adicionales 1 al 4.
- 17) BOX AMBULATORIO:** Corresponde a la utilización de cualquier acomodación dentro de un establecimiento clínico (cama, sillón, camilla, etc.) en forma transitoria (1 a 4 horas) con fines de diagnóstico o tratamiento.
- 18) CONSULTA PSIQUIATRÍA :** Corresponde a la consulta efectuada por un médico, especialista o no, con ocasión de la presencia de síntomas o patología clasificados dentro de los trastornos mentales o del comportamiento.

FIRMA AFILIADO:  
NOMBRE:  
RUT:  
FECHA:



HUELLA DACTILAR AFILIADO

FIRMA REPRESENTANTE ISAPRE  
NOMBRE:  
RUT:  
FECHA: