Planes EASY CONTROL

Estamos contigo en los momentos más importantes.

consalud
SOMOS CChC

COBERTURA PREFERENTE EN LAS MEJORES CLÍNICAS Y CENTROS MÉDICOS DE SANTIAGO

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.

CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO · CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA · RED HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE

Urgencia integral

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

RED HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE · CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO · CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA

*Prestadores preferentes y de urgencia integral varian 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:
Bono Costo Cero en exámenes de laboratorio e imágenes en prestadores seleccionados, descuento en farmacia y bonificación en ópticas.
Conoce más en 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, Cobertura dental, Telemedicina con especialidades a costo 0.
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 bariatricas, insumos que no forman parte de la intervencion en si, 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.

Planes EASY CONTROL

Estamos contigo en los momentos más importantes.

consalud SOMOS CChC

PLAN CERRADO
EASY CONTROL 209 24
14-EC209-24
TIPO DE PLAN: [X] Individual [ ] Grupal

FUN N°
FOLIO

PRESTACIONES (1)	OFERTA ÚNICA (*)		
	Porcentaje de Bonificación sobre Valor Real	Tope de Bonificación N° de veces el arancel (5)	Tope Máximo Beneficiario / Año (6) (UF)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
DIA CAMA: CIRUGIA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA	**90%** Sin Tope: Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago **80%** Sin Tope: Hospital Clínico Universidad de Chile (A.3)		Sin Tope
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)			500
MATERIALES CLÍNICOS (2)			500
PRÓTESIS, ÓRTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSÍNTESIS			150
TRASLADOS MÉDICOS	Sólo con médicos Staff (A.1)		5
QUIMIOTERAPIA (7)	Habitación Individual (A.2)		500
AMBULATORIA			
CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES*** (10)	**70%** Sin Tope: Centros Médicos RedSalud (A.4), Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago **60%** Sin Tope: Hospital Clínico Universidad de Chile (A.4)		Sin Tope
CONSULTA MEDICA			
EXAMENES DE LABORATORIO			
PROCEDIMIENTOS			
PABELLON AMBULATORIO			
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)			
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)			
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS			
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA			4
FONOAUDIOLOGIA			4
PROTESIS/ORTESIS			10
ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERA (3a Y 3b)			2
CONSULTA Y ATENCIÓN INTEGRAL DE NUTRICIONISTA (4)			2
RADIOTERAPIA			300
QUIMIOTERAPIA (7)			500
PRESTACIONES DENTALES (PAD) (9)	**60%**	1,39 UF	Sin Tope
PAD CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD) (11)		0,72 UF	
PAD MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD) (12)		0,78 UF	
TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA (PAD) (13)		1,14 AC3	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
CIRUGÍA PRESBICIA, CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA (17)	**50%** Sin Tope: Centro Oftalmológico Providencia, Clínica Oftalmológica IOPA		
CIRUGÍA BARIATRICA Y METABÓLICA, SEPTOPLASTÍA, TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD, RINOPLASTÍA.	50%	1 AC3	Sin Tope
OTRAS COBERTURAS			
TERAPIA OCUPACIONAL (15)	50%	0,70 UF	4,20
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA		0,50 UF	2
OPTICA (MARCOS Y CRISTALES) (8)		0,50 UF	0,50
TRASLADOS MÉDICOS		1 AC3	5
BOX AMBULATORIO		0,60 AC3	Sin Tope
CONSULTA DE PSICOLOGÍA		0,70 UF	4,20

ATENCIÓN DE URGENCIA (E)

Incluye Consulta médica de Urgencia, Exámenes, Imágenes, Procedimientos, pabellón, y Honorarios médicos en **Hospital Clínico Universidad de Chile**, según cobertura establecida en el cuadro de la oferta preferente para prestaciones ambulatorias.

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 Santiago, Clínica RedSalud Providencia (En Clínica RedSalud Providencia solo urgencia adulto)**

	CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO		CLÍNICA REDSALUD PROVIDENCIA	
	URGENCIA SIMPLE	URGENCIA COMPLEJA (**)	URGENCIA SIMPLE	URGENCIA COMPLEJA (**)
URGENCIA ADULTO	Copago Fijo de 1,06 UF	Copago Fijo de 3,03 UF	Copago Fijo de 1,19 UF	Copago Fijo de 3,02 UF
URGENCIA PEDIÁTRICA	Copago Fijo de 0,90 UF	Copago Fijo de 1,80 UF	-	-

PRESTADORES DERIVADOS

Clínica Redsalud Providencia, Clínica Redsalud Santiago.

(***) En Notas explicativas del plan se individualizan las especialidades de telemedicina.

(*) 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.

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, 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 Indice 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

4.000 UF (6)

CONDICIONES DE VIGENCIA PLAN COLECTIVO Y OTROS GRUPALES (CUANDO CORRESPONDA)

1) Que se incorporen 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 cuociente 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 cuociente 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 cuociente 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 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	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: GASTROENTOROLOGÍA, 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 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.
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 articulo 31 de la Ley Nª19.666 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 LACTANCÍA (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 otogará bonificación a 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.

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 cáracter 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 CARACTERISTICAS 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).

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS 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.

A.3) Los prestadores Hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan, y corresponden a:
Hospital Clínico Universidad de Chile: Incluye Clínica Universidad de Chile Quilín.

A.4) Los prestadores ambulatorios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan, y corresponden a:
Hospital Clínico Universidad de Chile: Incluye Clínica Universidad de Chile Quilín.
Centros médicos RedSalud: Incluye a Centro médico Arauco Salud.

A.5) La Cobertura preferente tanto hospitalaria como ambulatoria se otorgara solo con presentación de bono en prestadores en convenios especificados en el plan de salud.

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DEL PLAN CERRADO (CONTINUACIÓN)

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.

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 «ATENCIONES 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 RedSalud Providencia, 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 «ATENCIONES 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 correpondiente 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.

K.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.

K.B) Si se produce una falta de atención continua y oportuna por parte del Prestador.

K.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.

K.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.

EASY CONTROL 209 24 14-EC209-24

SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Valorizada al 01 de Septiembre del 2024

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
		% BONIFICACIÓN	TOPE $	% BONIFICACIÓN	TOPE $	COPAGO(*) $	NÚMERO DEL PRESTADOR
HOSPITALARIA	**PARTO NORMAL**						
	Visita Neonatólogo			90%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido			90%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona			90%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 6			90%	SIN TOPE		1
	PARTO POR CESAREA						
	Visita Neonatólogo			90%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido			90%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona			90%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 7			90%	SIN TOPE		1
	APENDICECTOMIA						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellon 7			90%	SIN TOPE		1
	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 10			90%	SIN TOPE		1
	HISTERECTOMIA TOTAL						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 8			90%	SIN TOPE		1
	AMIGDALECTOMIA						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 5			90%	SIN TOPE		1
	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 14			90%	SIN TOPE		1
	EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO						
	Honorarios Médicos			90%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 12			90%	SIN TOPE		1
	DIAS CAMA						
	U.T.I. NEONATAL			90%	SIN TOPE		1
	U.T.I. PEDIATRIA			90%	SIN TOPE		1
	U.T.I. ADULTO			90%	SIN TOPE		1
	Sala Cuna			90%	SIN TOPE		1
	Medicina			90%	SIN TOPE		1
	MEDICAMENTOS						
	Hospitalización Neumonia			90%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía			90%	SIN TOPE		1
	MATERIALES CLINICOS						
	Hospitalización Neumonia			90%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía			90%	SIN TOPE		1
AMBULATORIA	**CONSULTAS**						
	CONSULTA PSIQUÍATRICA (A)			70%	SIN TOPE		1
	Consulta Médica Electiva			70%	SIN TOPE		1
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Rodillera, Bota Larga o Corta			70%	SIN TOPE		1
	Hemodiálisis con Insumos Incluidos			70%	SIN TOPE		1
	Gastroduodenoscopia			70%	SIN TOPE		1
	Ecocardiograma Doppler			70%	SIN TOPE		1
	Electrocardiograma de reposo			70%	SIN TOPE		1
	Exploración Vitreorretinal			70%	SIN TOPE		1
	Estudio Histopatológico Corriente			70%	SIN TOPE		1
	Citodiagnóstico Corriente			70%	SIN TOPE		1
	Densitometría Ósea			70%	SIN TOPE		1
	Orina Completa			70%	SIN TOPE		1
	Urocultivo			70%	SIN TOPE		1
	Perfíl Bioquímico			70%	SIN TOPE		1
	Estudio De Lípidos Sanguíneos			70%	SIN TOPE		1
	Hemograma			70%	SIN TOPE		1
	IMAGENOLOGIA						
	Ecotomografía Ginecológica			70%	SIN TOPE		1
	Ecotomografía Abdominal			70%	SIN TOPE		1
	Tomografía Axial Computarizada			70%	SIN TOPE		1
	Radiografía de brazo, codo, muñeca			70%	SIN TOPE		1
	Mamografía Bilateral			70%	SIN TOPE		1
	Radiografía de Tórax			70%	SIN TOPE		1
	MEDICINA FISICA						
	Reeducación Motriz (A)			70%	2.546		1
	Ejercicios Respiratorios (A)			70%	4.316		1

(A) :Prestación(es) sujeta(s) al siguiente Tope Anual :
* Reeducación Motriz.....: 4 U.F. .-
* Ejercicios Respiratorios.....: 4 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 Septiembre 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.

Fecha

Firma Afiliado

Firma Consalud