Planes
LIBRE ELECCIÓN

consalud
SOMOS CCHC

PLAN LIBRE ELECCIÓN
LIBRE ELECCIÓN NACIONAL 70 0522
15-LEN705-22
TIPO DE PLAN: [x] INDIVIDUAL [ ] GRUPAL

FUN N°
FOLIO:

PRESTACIONES (1)	COBERTURA EN LIBRE ELECCIÓN (*)		
	PORCENTAJE DE BONIFICACIÓN SOBRE VALOR REAL	TOPE (6)	TOPE ANUAL (7)(UF)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA			
DIA CAMA: CIRUGIA,PEDIATRIA,GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA	100%	4,2 UF	Sin Tope
DIA CAMA:SALA CUNA		2,13 UF	
DIA CAMA CUIDADOS INTENSIVOS O CORONARIOS		6,44 UF	
DERECHO A PABELLON		0,95 AC3	
DIA CAMA:INCUBADORA, INTERMEDIO,OBSERVACION,AISLAMIENTO		2,91 UF	
IMAGENOLOGÍA(RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)		0,84 AC3	
IMAGENOLOGÍA(RESONANCÍA, SCANNER)		0,84 AC3	
PROCEDIMIENTOS		0,78 AC3	
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA		0,84 AC3	9
EXÁMENES LABORATORIO		0,84 AC3	Sin Tope
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS		0,84 AC3	
VISITA POR MÉDICO INTERCONSULTOR		0,67 UF	
VISITA POR MÉDICO TRATANTE		0,67 UF	
MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS (2)		25 UF	50
MATERIALES E INSUMOS CLINICOS (2)		25 UF	50
PROTESIS, ORTESIS Y ELEMENTOS DE OSTEOSINTESIS		10 UF	20
TRASLADOS MÉDICOS		1 AC3	5
QUIMIOTERAPIA (8)		30 UF	300
AMBULATORIAS			
CONSULTA MEDICA DE TELEMEDICINA EN ESPECIALIDADES** (11)	80%	0,57 UF	Sin Tope
CONSULTA MEDICA		0,57 UF	
EXAMENES DE LABORATORIO		0,93 AC3	
PROCEDIMIENTOS		1 AC3	
PABELLON AMBULATORIO		1,08 AC3	
IMAGENOLOGÍA (RAYOS, ECOTOMOGRAFÍA)		1 AC3	
IMAGENOLOGÍA (RESONANCIA, SCANNER)		1,07 AC3	
HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS		0,4 AC3	
KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA		0,6 AC3	3
FONOAUDIOLOGIA		0,99 AC3	3
PROTESIS/ORTESIS (15)		1 AC3	8
ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERA (4a Y 4b)		0,54 AC3	1,8
ATENCIÓN INTEGRAL NUTRICIONISTA (5)		0,54 AC3	2,5
RADIOTERAPIA		0,93 AC3	100
QUIMIOTERAPIA (8)	100%	30 UF	300
PRESTACIONES DENTALES (PAD) (10)	80%	0,9 UF	2,5
PAD CLÍNICA DE LACTANCIA (0 A 6 MESES DE EDAD) (12)	100%	0,72 UF	Sin Tope
PAD MAL NUTRICIÓN INFANTIL (7 A 72 MESES DE EDAD) (13)		0,78 UF	
TRATAMIENTO FERTILIZACIÓN ASISTIDA (PAD) (14)		1,14 AC3	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
CIRUGÍA BARIATRICA Y METABÓLICA, SEPTOPLASTÍA, RINOPLASTÍA, TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD	25% con tope Libre Elección		
CIRUGÍA PRESBICIA, CIRUGÍA FOTORREFRACTIVA O FOTOTERAPÉUTICA			
OTRAS COBERTURAS			
TERAPIA OCUPACIONAL (16)	80%	0,8 UF	7
MEDICAMENTOS E INSUMOS POR URGENCIA	80%	0,7 UF	3
OPTICA (MARCOS Y CRISTALES) (9)	80%	0,8 UF	0,8
TRASLADOS MÉDICOS AMBULATORIOS	100%	1 AC3	5
BOX AMBULATORIO	80%	0,6 AC3	Sin Tope
CONSULTA/TRATAMIENTO PSICOLOGIA	80%	0,8 UF	7

(*) VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO.
(**) En Notas explicativas del plan se individualizan las especialidades de telemedicina.

PRECIO DEL PLAN

TIPO DE BENEFICIARIO		
EDAD	COTIZANTE	CARGAS
0 a menos de 20 años	0,60	0,60
20 a menos de 25 años	0,90	0,70
25 a menos de 35 años	1,00	0,70
35 a menos de 45 años	1,30	0,90
45 a menos de 55 años	1,40	1,00
55 a menos de 65 años	2,00	1,40
65 y más años	2,40	2,20

El precio del Plan de Salud se expresa en Unidades de Fomento (U.F.). Dicho precio se determina conforme a su valor base y la tabla de factores relativos por edad:

VALOR BASE	**U.F.**

VALOR TOTAL PLAN SEGUN COMPOSICION DEL GRUPO FAMILIAR	**U.F.**

El precio final del plan se pagará en su equivalente en pesos. Para su cálculo se utilizará el valor oficial que tenga la U.F. el último día del mes que corresponde descontar la cotización de la remuneración del cotizante.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES N°	604

ARANCEL

NOMBRE DEL ARANCEL: **AC3** | 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 Indice de Precios al Consumidor (IPC) entre el mes precedente a aquél en que se efectuó el último reajuste y el mes ante precedente a aquél en que se aplique el último reajuste, ambos inclusive. Además del Reajuste General del Arancel, CONSALUD podrá reajustar algunas prestaciones en un porcentaje superior sólo con el fin de incrementar los beneficios, como asimismo, podrá anticipar la fecha de reajuste con el mismo objeto, pudiendo imputarlo al reajuste que se realice en el mes de abril siguiente.

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

5000 UF (7)

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

1) Que se incorporen al convenio la cantidad de ..... trabajadores como beneficiarios o al menos el 85% de la misma, dentro del plazo de tres meses contados desde la fecha de suscripción del convenio. Este porcentaje mínimo no podrá disminuir durante la vigencia del convenio.

2) Que se mantenga durante la vigencia del convenio, un promedio de cargas legales por afiliado cercana a las personas.

3) Que el monto mínimo de cotización mensual del grupo total de los trabajadores afectos al convenio colectivo, no podrá ser inferior a $ ..... o al menos, deberá llegar a un 85% de dicha suma.

4) Que el plan o planes de salud contratados se deberán financiar en al menos un 90%. Se entiende por financiamiento al 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.

5) 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)

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

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN MATRIMONIAL (CUANDO CORRESPONDA)

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

TIEMPOS DE ESPERA

	N° Días Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
- CONSULTAS MÉDICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	9	Los tiempos de espera definidos, se cuentan a partir de la fecha en que el beneficiario suscriba el formulario pertinente que la isapre dispondrá en sus sucursales.
- CONSULTAS MÉDICAS EN ESPECIALIDAD	14	
*PARA CONSULTAS MÉDICAS EN LAS ESPECIALIDADES DE: 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.

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. 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 especificos definidos para la modalidad de libre elección. El tope indicado se aplica por evento/beneficiario.

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.

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) **CONSULTA Y ATENCION INTEGRAL DE NUTRICIONISTA:** Tanto la Consulta de Nutricionista como la Atención Integral de Nutricionista, requieren de indicación por prescripción de médico tratante, y están destinadas a pacientes de cualquier edad, que presenten sobrepeso u obesidad según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.). La Atención Integral comprende tres consultas de nutricionista, a saber, una evaluación al inicio, un control y una evaluación al término.

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

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 articulo 31 de la Ley Nº19.666 que establece el Régimen General de Garantías de Salud.

8) **QUIMIOTERAPIA HOSPITALARIA Y/O AMBULATORIA:** Corresponde a los esquemas terapéuticos que conforman los tratamientos de quimioterapia incorporados en el Grupo 29 del Arancel Fonasa lo cuales se encuentran definidos en el Listado anual de drogas publicadas por la Unidad de Cáncer, dependiente del MINSAL.
La cobertura para los esquemas terapéuticos que no se encuentren en este listado corresponderá exclusivamente para aquellos con acción citotóxica y/o citostática sobre el cáncer. También se incluyen antieméticos y estimulantes de colonia que se administren de forma concomitante, es decir los mismos días de infusión, de la quimioterapia. No tendrán cobertura medicamentos que correspondan a inmunoterapia, inmunomoduladores, hormonoterapia, bifosfonatos, medicamentos coadyuvantes de la quimioterapia y aquéllos que previenen los efectos no deseados de ésta, y procedimientos no arancelados asociados a la quimioterapia (preparación de drogas,administración de quimioterapia, administración en pabellón). Sólo se dará cobertura a medicamentos aprobados por el ISP de acuerdo a la autorización sanitaria de dicho organismo.

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

10) **PRESTACIONES DENTALES (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones dentales los beneficiarios que tengan entre 12 años y 17 años 11 meses 29 días, que presenten caries de una o más piezas dentales. Los códigos FONASA de los PAD sujetos a cobertura son: 2503001, 2503002, 2503003, 2503004, 2503005 y 25-03-006. La cobertura es vía reembolso.

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

12) **PRESTACIONES CLÍNICA DE LACTANCÍA (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones Clínica de Lactancía 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.

13) **PRESTACIONES MAL NUTRICIÓN INFANTIL (PAD):** Podrán acceder a la bonificación de los tratamientos contemplados en los PAD de prestaciones Mal nutrición Infantil los beneficiarios (as) que tengan entre 7 a 72 meses, que presenten malnutrición infantil. EL código FONASA del PAD sujetos a cobertura es: 2502021. La cobertura se entregará vía reembolso.

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

15) **AUDIFONOS:** solo tendrán cobertura respecto de las personas mayores de 55 años de edad, y dicha cobertura sera libre elección.

16) **TERAPIA OCUPACIONAL:** Las prestaciones de Terapia Ocupacional, ya sean de caracter ambulatoria, hospitalaria o domciliairia, tendran cobertrura 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.