

CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

FUN N°	
FOLIO	

En _____, a _____ de _____ de _____, entre el afiliado Don (ña) _____ Domiciliado (a) en _____ Profesión u oficio _____ Cédula Nacional de Identidad N° _____ y la ISAPRE CONSALUD

S.A. representada por don Marcelo Dutilh Labbé, Gerente General, cédula nacional de identidad N° 7.743.448-8, ambos con domicilio en Pedro Fontova N° 8650, comuna de Huechuraba de la ciudad de Santiago, en adelante también denominada «la Isapre» o «CONSALUD», se ha convenido en el siguiente Contrato de Salud Previsional.

TITULO PRIMERO: DISPOSICIONES GENERALES.

El presente Contrato de Salud Previsional se celebra en conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 18.933, y sus modificaciones.

El Contrato de Salud está constituido por los siguientes documentos:

- a) Condiciones Generales.
- b) Plan de Salud.
- c) Declaración de Salud.
- d) Formulario Unico de Notificación. (F.U.N.)
- e) Arancel o Catálogo Valorizado de Prestaciones.

Los mencionados documentos serán firmados por el afiliado y la Isapre, a excepción del Arancel, que sólo será firmado por CONSALUD. Esta institución de salud tiene en sus oficinas de atención de público, ejemplares del referido Arancel para consulta exclusiva de los afiliados y beneficiarios del Plan.

TITULO SEGUNDO: PLAN DE SALUD

PLAN DE SALUD H. GUARDIA VIEJA - CONSALUD 63-HGV1

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL GRUPAL

PRESTACIONES (1)	COBERTURA EN LIBRE ELECCION		MAXIMO DE BONIFICACION PARA DETERMINADAS PRESTACIONES (U.F.) (7)
	PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION (6)	
H DIA CAMA: CIRUGIA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA	100%	3,20 UF	
O DIA CAMA: SALA CUNA		1,10 UF	
S DIA CAMA: UTI		8,80 UF	
P PABELLON		1,0 Veces Arancel	
I DIA CAMA: INCUBADORA, INTERMEDIO, RECUPERACION, AISLAMIENTO		1,0 Veces Arancel	
T IMAGENOLOGIA		1,0 Veces Arancel	
A PROCEDIMIENTOS		1,0 Veces Arancel	
L KINESIOLOGIA		1,0 Veces Arancel	
A EXAMENES LABORATORIO		1,0 Veces Arancel	
R HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICOS		1,0 Veces Arancel	
I MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS (2)	1,0 Veces Arancel		
A CONSULTA MEDICA EN HOSPITALIZACION	0,60 UF	3,0	
S INTERCONSULTA	0,60 UF		
HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (3)	0,8 Veces Arancel	5,0	
A CONSULTA MEDICA	0,60 UF	2,5	
M EXAMENES LABORATORIO	0,8 Veces Arancel		
B IMAGENOLOGIA	0,8 Veces Arancel		
U PROCEDIMIENTOS	0,8 Veces Arancel		
L KINESIOLOGIA	0,8 Veces Arancel		
A PABELLON	0,8 Veces Arancel		
T HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS	0,8 Veces Arancel		
O DIA CAMA OBSERVACION	0,8 Veces Arancel		
R CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRICA Y/O PSICOLOGIA	0,8 Veces Arancel		
I FONOAUDILOGIA	0,8 Veces Arancel		
S DROGAS CITOTOXICAS EN CICLOS DE QUIMIOTERAPIA (6)	100%	1,0 Veces Arancel	30
O TRASLADOS	80%	0,8 Veces Arancel	1,3
T PROTESIS / ORTESIS	80%	0,8 Veces Arancel	
R ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA EN DOMICILIO (4)	80%	0,8 Veces Arancel	
A ATENCIONES INTEGRALES ENFERMERIA CENTRO ADULTO MAYOR (5)	80%	0,8 Veces Arancel	
S MARCOS Y CRISTALES OPTICOS (8)	80%	0,6 UF	



PRECIO DEL PLAN

EDAD	TIPO DE BENEFICIARIO			
	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	0,80	0,80
10 a menos de 15 años	0,70	0,80	0,80	0,80
15 a menos de 20 años	0,70	1,30	0,80	0,75
20 a menos de 25 años	0,70	2,17	0,80	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	1,28	2,45	1,28	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.

ARANCEL

NOMBRE DEL ARANCEL: 100

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 sea inferior a \$ o al menos, alcance un 85% de dicha suma.
- 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.
- 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)

- 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.

NOTAS EXPLICATIVAS Y DEFINICIONES

1) PRESTACIONES

a) Hospitalarias: Son aquellas que requieren de día cama, excepto día cama observación y día cama hospitalización psiquiátrica diurna. También se considerarán para los efectos de su bonificación, que son prestaciones hospitalarias aquellas que utilicen pabellón quirúrgico 5 o superior, según la calificación que de ellos se hace en el arancel del plan bajo la columna "Código de Pabellón" o "C.P."

b) Ambulatorias: Son aquellas no consideradas en la definición anterior.

2) MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS: Son aquellos medicamentos 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 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 también medicamentos y materiales clínicos por esclerosis múltiple, tratamiento de infertilidad y fibrosis quística del páncreas. 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) 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 (100). 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 para determinadas prestaciones, se contabilizarán las prestaciones que correspondan, valorizadas en U.F. según el valor que tenga dicha unidad el día en que se bonifica la prestación.

8) DROGAS CITOTOXICAS EN CICLOS DE QUIMIOTERAPIA: Corresponde a medicamentos de uso endovenoso. Excluye medicamentos orales, medicamentos coadyuvantes, medicamentos hormonales, interferon, interleukina, anticuerpos monoclonales, analgésicos, antihistamínicos, soluciones parenterales, alimentos parenterales y medicamentos estimulantes de colonias.

9) MARCOS Y CRISTALES OPTICOS: Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos sólo con la presentación de la receta médica correspondiente.

FIRMA DEL COTIZANTE



63-HGV1

2 / 3

FIRMA ISAPRE



NUEVA COBERTURA AMBULATORIA PAD DENTAL

A las actuales coberturas ambulatorias del plan de Salud que se encuentran detalladas en el plan contratado, se incorporó a partir del 20 de Julio del 2013 una cobertura especial a paquetes dentales para los beneficiarios de Isapre Consalud entre 12 y menores de 18 años de edad.

Se establecieron 3 paquetes de obturación (tapaduras) y 3 paquetes de endodoncia con una bonificación establecida. El detalle de lo que contiene el paquete y la bonificación que tienen que entregar la Isapre es la siguiente:

CODIGO PAD	GLOSA	BONIFICACION ISAPRE
2503001	PAD OBTURACION DIAGNOSTICO TRATAMIENTO DE UNA PIEZA DENTAL	18.900
2503002	OBTURACION DIAGNOSTICO TRATAMIENTO HASTA 4 PIEZA DENTAL	19.000
2503003	OBTURACION DIAGNOSTICO TRATAMIENTO MAS DE 4 PIEZA DENTAL	28.800
2503004	TRATAMIENTO ENDODONCIA INCISIVO (1 PIEZA)	32.450
2503005	TRATAMIENTO ENDODONCIA PREMOLAR (1 PIEZA)	34.650
2503006	TRATAMIENTO ENDODONCIA MOLAR (1 PIEZAS)	42.000

Los 3 paquetes de obturación consideran el tratamiento del número de piezas que se indican (1 pieza, de 2 hasta 4 piezas, y más de 4 piezas), y la bonificación corresponde al tratamiento. Los 3 paquetes de endodoncia consideran el tratamiento de las piezas individuales y la bonificación se establece de acuerdo a cada pieza tratada.

Existen dos modalidades para obtener la cobertura de los PAD dentales:

1. En los centros dentales de Megasalud con bonificación inmediata de 40% sobre los valores PAD establecidos por Megasalud, sin ser requerido el formulario de solicitud de tratamiento dental.
2. En cualquier otro centro dental donde entreguen las coberturas PAD, ante lo cual el beneficio se entregará solo vía reembolso con una cobertura máxima de acuerdo a lo indicado en el cuadro superior y previo análisis de cobertura por parte de la Contraloría Ambulatoria de nuestra Isapre. Se requiere necesariamente que el dentista tratante complete el formulario de Solicitud de Tratamiento Dental que se encuentra disponible en cualquier sucursal de Consalud, y que se adjunten a la solicitud de reembolso las radiografías que dieron origen al tratamiento.



63-HGV1
3 / 3

