

# 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° 6650, 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:

- Condiciones Generales.
- Plan de Salud.
- Declaración de Salud.
- Formulario Unico de Notificación. (F.U.N.)
- 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 CHILQUINTA 100B - CONSALUD 63-CHQ0B

TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL ☐ GRUPAL ☐

PRESTACIONES <sup>(1)</sup>		COBERTURA EN LIBRE ELECCION		OFERTA PREFERENTE (A)		MAXIMO DE BONIFICACION PARA DETERMINA- DAS PRESTA- CIONES (U.F.) (7)	
		PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION (6)	PORCENTAJE DE BONIFICACION SOBRE VALOR REAL	TOPE DE BONIFICACION (6)		
HOSPITALIZACIONES	DIA CAMA: CIRUGIA, PEDIATRIA, GINECO-OBSTETRICIA, MEDICINA	90%	4,4 UF	90% Sin Tope  (Modalidad Institucional)  Hospital Clínico Universidad de Chile  Hospital del Profesor  Clínica Juan Pablo II	4,0		
	DIA CAMA: SALA CUNA		1,2 UF				
	DIA CAMA: UTI		9,0 UF				
	PABELLON		3,0 veces AC1				
	DIA CAMA: INCUBADORA, INTERMEDIO, AISLAMIENTO		1,0 veces AC1				
	IMAGENOLOGIA		1,3 veces AC1				
	PROCEDIMIENTOS		1,8 veces AC1				
	KINESIOLOGIA		1,0 veces AC1				
	EXAMENES LABORATORIO		1,5 veces AC1				
	INTERCONSULTA		0,5 UF				
	CONSULTA MEDICA EN HOSPITALIZACION		0,5 UF				
	HONORARIOS MEDICO-QUIRURGICOS		2,0 veces AC1				
	HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA (3)		1,0 veces AC1				
	MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS (2)		20 UF				
AMBULATORIAS	EXAMENES LABORATORIO	1,2 veces AC1	70% Sin Tope Centros Megasalud	80			
	IMAGENOLOGIA	1,0 veces AC1					
	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES BASICAS (9)	0,5 UF					
	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES (10)	0,5 UF					
	CONSULTA MEDICA DE URGENCIA Y DOMICILIARIA	0,5 UF	70% Sin Tope Centros Megasalud	4,0			
	PROCEDIMIENTOS	1,4 veces AC1					
	KINESIOLOGIA	0,7 veces AC1					
	PABELLON	3,0 veces AC1					
	HONORARIOS MEDICOS QUIRURGICOS	2,0 veces AC1					
	DIA CAMA OBSERVACION	0,5 veces AC1					
	CONSULTA / TRATAMIENTO PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGIA	0,9 veces AC1					
	FONOAUDIOLOGIA	0,9 veces AC1					
	OTRAS	DROGAS CITOTOXICAS EN CICLOS DE QUIMIOTERAPIA (8)			1,0 veces AC1	70% Sin Tope Centros Megasalud	1,3
		TRASLADOS			0,9 veces AC1		
PROTESIS / ORTESIS		0,9 veces AC1					
ATENCIONES INTEGRALES DE ENFERMERIA EN DOMICILIO (4)		0,7 veces AC1					
ATENCIONES INTEGRALES ENFERMERIA CENTRO ADULTO MAYOR (5)		0,7 veces AC1					
MARCOS Y CRISTALES OPTICOS (11)		0,2 UF					
ATENCIONES DE URGENCIA (D) y (E)		Hospital Clínico de la Universidad de Chile					

#### TIEMPOS DE ESPERA

	N° Dias Corridos	Inicio del Tiempo de Espera
INTERVENCIONES QUIRURGICAS	14	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.
HOSPITALIZACIONES EN OTORRINO - OFTALMOLOGIA - NEUROCIRUGIA	30	

# 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	0,60	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.

## ARANCEL

NOMBRE DEL ARANCEL: AC1

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)

- 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 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, 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 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 esclerosis múltiple, 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 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 (AC1). 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.

## NOTAS EXPLICATIVAS Y DEFINICIONES (CONTINUACIÓN)

- 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 CITOTÓXICAS 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) **CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES BASICAS:** Comprende Medicina General, Pediatría, Obstetricia y Cirugía General.
- 10) **CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES:** Comprende todas las consultas restantes, no mencionadas en el punto 9.
- 11) **MARCOS Y CRISTALES OPTICOS:** Corresponderá la bonificación de los marcos y cristales ópticos sólo con la presentación de la receta médica correspondiente.
- EXCLUSION:** Se excluyen de la oferta preferente la Cirugía Fotorrefractiva con láser (Lasik), tratamientos de infertilidad, Cirugía Rinoplástica y Cirugía Bariátrica, otorgándose cobertura sólo en modalidad libre elección.

## CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE

- A) El afiliado debe tener presente que la cobertura preferente en hospitalización en los prestadores preferentes, rige sólo si esta se realiza en: Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Hospital del Profesor y Clínica Juan Pablo II en habitación sala modalidad institucional. En el evento que la hospitalización se realice en una habitación de tarifa superior a las que se indicaron precedentemente, en cada caso, se bonificará bajo la modalidad libre elección.
- 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 fono 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 «ATENCIÓNES DE URGENCIA» del Plan de Salud. La bonificación en estos prestadores será la correspondiente a «COBERTURA 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 «COBERTURA EN LIBRE ELECCIÓN».
- E) El afiliado que con ocasión de una emergencia haya ingresado a un prestador distinto de los mencionados en el recuadro «ATENCIÓNES 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 «COBERTURA 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 y cuando ésta se hubiera producido fuera de Chile. La cobertura se registrará de acuerdo a lo indicado en «COBERTURA EN LIBRE ELECCIÓN».
- 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.
- 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.

FIRMA DEL COTIZANTE

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:

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

**PLAN DE SALUD CHILQUINTA 100B - CONSALUD 63-CHQ0B**  
**SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS**  
Valorizada al 01 de Julio del 2013

PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	% BONIFICACIÓN	TOPE \$	COPAGO(*) \$	NÚMERO DEL PRESTADOR(E)
<b>PARTO NORMAL</b>						
Derecho de Pabellón 6	90%	121.785	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	323.060				
Honorarios Matrona	90%	78.946				
Atención Inmediata Recién Nacido	90%	34.132				
Visita Neonatólogo	90%	11.426				
<b>PARTO POR CESAREA</b>						
Derecho de Pabellón 7	90%	165.273	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	396.874				
Honorarios Matrona	90%	78.946				
Atención Inmediata Recién Nacido	90%	34.132				
Visita Neonatólogo	90%	11.426				
<b>APENDICECTOMIA</b>						
Derecho de Pabellón 7	90%	165.273	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	286.284				
<b>COLECISTECTOMIA POR VIDEO LAPAROSCOPIA</b>						
Derecho de Pabellón 10	90%	385.518	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	520.328				
<b>HISTERECTOMIA TOTAL</b>						
Derecho de Pabellón 8	90%	234.108	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	691.580				
<b>AMIGDALECTOMIA</b>						
Derecho de Pabellón 5	90%	95.541	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	218.298				
<b>CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR</b>						
Derecho de Pabellón 14	90%	757.422	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	2.016.772				
<b>EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO</b>						
Derecho de Pabellón 12	90%	579.654	90%	SIN TOPE		1
Honorarios Médicos	90%	1.008.382				
<b>DÍAS CAMA</b>						
Medicina	90%	100.552	90%	SIN TOPE		1
Sala Cuna	90%	27.423	90%	SIN TOPE		1
U.T.I. ADULTO	90%	205.674	90%	SIN TOPE		1
U.T.I. PEDIATRIA	90%	205.674	90%	SIN TOPE		1
U.T.I. NEONATAL	90%	205.674	90%	SIN TOPE		1
<b>MEDICAMENTOS Y MATERIAL CLINICO : (B)</b>						
Apendicectomía	90%	457.053				
Hospitalización Neumonía	90%	457.053				
<b>CONSULTAS</b>						
Consulta Médica Electiva	70%	11.426			2.000	10
Consulta Psiquiátrica (A)	70%	7.493				
<b>EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS</b>						
Hemograma	70%	2.734	70%	SIN TOPE		10
Estudio De Lípidos Sanguíneos	70%	5.677	70%	SIN TOPE		10
Perfil Bioquímico	70%	7.710	70%	SIN TOPE		10
Urocultivo	70%	3.314	70%	SIN TOPE		10
Orina Completa	70%	1.699	70%	SIN TOPE		10
Densitometría Ósea	70%	45.598				
Citodiagnóstico Corriente	70%	5.777	70%	SIN TOPE		10
Estudio Histopatológico Corriente	70%	11.790	70%	SIN TOPE		10
Exploración Vitreoretinal	70%	6.758				
Electrocardiograma de reposo	70%	7.073				
Ecocardiograma Doppler	70%	64.186				
Gastroduodenoscopia	70%	92.929				
Hemodialisis con Insumos Incluidos	70%	57.792				
Rodillera, Bota Larga o Corta	70%	17.287				
<b>IMAGENOLOGIA</b>						
Radiografía de Tórax	70%	14.224	70%	SIN TOPE		10
Mamografía Bilateral	70%	16.497	70%	SIN TOPE		10
Radiografía de brazo, codo, muñeca	70%	6.938	70%	SIN TOPE		10
Tomografía Axial Computarizada	70%	48.898	70%	SIN TOPE		10
Ecotomografía Abdominal	70%	19.428	70%	SIN TOPE		10
Ecotomografía Ginecológica	70%	10.283	70%	SIN TOPE		10
<b>MEDICINA FISICA</b>						
Ejercicios Respiratorios (A)	70%	1.350				
Reeducación Motriz (A)	70%	796				

(A) : Prestación sujeta al siguiente Tope Anual :

- \* Consulta/Tratamiento Psiquiatría y/o Psicología (Consulta Psiquiátrica y Otros).....: 3 U.F. -
- \* Kinesiología Ambulatoria (Ejercicios Respiratorios, Reeducación Motriz y Otros).....: 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 Julio del 2013, por lo que podrán experimentar variaciones de acuerdo al mecanismo de reajustabilidad contemplado en su contrato. En la especie, el Arancel en pesos se reajustará el 01 de Abril del 2014. 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.

(E) : Individualización del prestador en las tablas contenidas al dorso.

(\*) : El copago de Consulta Médica electiva es por evento.

Fecha

Firma Afiliado

Firma Consalud