PLANES LiFE FOCUS

Para que disfrutes lo que más importa

consalud
SOMOS CChC

En tus atenciones más comunes

PRESTACIONES AMBULATORIAS

Consultas

Tus consultas médicas, exámenes e imágenes con cobertura preferente en tu clínica o centro médico preferido.

Urgencias

Paga desde $11.088* (0,27 UF) **hasta $312.918*** (7,62 UF)

En los prestadores indicados en tu plan de salud para Urgencia Integral.

Atenciones preferentes en psicología, kinesiología, terapia ocupacional y más.

Sin tope en tus prestadores preferentes

... y en los momentos más difíciles

PRESTACIONES HOSPITALARIAS

Cirugías

Tienes cobertura hospitalaria en tu clínica de preferencia.

Hasta 100% de cobertura hospitalaria, según tu plan de salud.

Eventos de alto costo

Paga un máximo de $5.174.238* (126 UF) **por evento**

Activando tu cobertura CAEC en nuestra red de prestadores.

Tratamiento integral (GES)

Paga el 20% del valor del tratamiento, incluidos los medicamentos.

Activando tu cobertura GES en 90 problemas de salud.

Cirugía robótica

50% de cobertura con tope anual de 23 UF.

*Valor en pesos referencial a la UF del 01/10/26

Beneficios de estar en Consalud

- **Exámenes preventivos y de laboratorio a costo $0.**
- **Precio máximo a pagar en resonancias, scanners, ecografías y rayos en centros médicos en convenio.**
- **Prepaga tu Cirugía con copagos conocidos de antemano en más de 60 cirugías.**
- **Programas de acompañamiento para pacientes oncológicos, personas mayores y futura mamá.**
- **Descuento en farmacia, bonificación en atenciones dentales y más.**

Revisa más beneficios en www.consalud.cl

Te oriento, te acompaño, te ayudo

Sucursales	Sucursal Digital	Contact Center	Consalud Mobile
	clientes.consalud.cl	**600 500 9000**	

LIFE FOCUS 6 LIGHT 10 26
13-FCL60L-26

FUN
FOLIO
TIPO DE PLAN: INDIVIDUAL

PRESTACIONES (1)	OFERTA PREFERENTE (*)		LIBRE ELECCIÓN (*)		
	% BONIFICACIÓN	TOPE ANUAL (6.7) (UF)	% BONIFICACIÓN	TOPE (6.7)	TOPE ANUAL (6.7) (UF)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
Dia cama (1.1)	**100% Sin Tope** Clínica Redsalud Santiago **80% Sin Tope** Clínica Redsalud Providencia, Clínica Dávila Vespucio, Clínica Dávila, Clínica Bupa Santiago y prestadores indicados en Anexo (I) **70% Sin Tope** Clínica Redsalud Vitacura, Clínica Indisa Maipú, Clínica Indisa Providencia Sólo con médicos staff (A.1) (Habitación Individual) (A)		50%	3 UF	
Derecho a pabellón				2 AC4	
Imagenología y exámenes de laboratorio		Sin Tope		1,80 AC4	Sin Tope
Procedimientos				0,69 AC4	
Kinesiología y fisioterapia				0,74 UF	
Medicamentos hospitalarios (1.2)		500 UF		30 UF	50
Materiales e insumos clínicos (1.2)		500 UF		25 UF	40
Honorarios médicos quirúrgicos		Sin Tope		0,99 AC4	Sin Tope
Visita por médico (Tratante e interconsultor)				1,65 UF	
Prótesis, ortesis y elementos de osteosíntesis		150 UF		10 UF	30
Quimioterapia (1.3)		500 UF		30 UF	250
Traslados médicos (1.4)		5 UF		2,50 UF	5
AMBULATORIAS					
Consulta médica y telemedicina en especialidades (2.1)	**70% Sin Tope** Centros Médicos RedSalud(A.3) **60% Sin Tope** Integramedica, Clínica Redsalud Providencia, Clínica Redsalud Santiago, Clínica Dávila Vespucio, Clínica Dávila(A.3), Clínica Bupa Santiago y prestadores indicados en Anexo (I) **50% Sin Tope** Clínica Redsalud Vitacura, Clínica Indisa Maipú, Clínica Indisa Providencia Sólo con médicos staff (A.1)		60%	0,40 UF	
Imagenología y exámenes de laboratorio				0,75 AC4	
Procedimientos		Sin Tope		0,69 AC4	Sin Tope
Pabellón ambulatorio				1,87 AC4	
Honorarios médicos quirúrgicos				0,93 AC4	
Kinesiología, fisioterapia y terapia ocupacional (2.2)				0,11 UF	3
Fonoaudiología		6 UF		1,50 AC4	3
Prótesis/Ortesis (2.3)		15 UF		1,03 AC4	10
Atención integral de enfermera (2.4) y nutricionista (2.5)		6 UF		0,49 UF	3
Radioterapia		300 UF		1,79 AC4	100
Quimioterapia (1.3)		500 UF		20 UF	250
Prestaciones dentales (Pad) (2.6)	**Solo Cobertura Libre Elección**		100%	1,40 UF	2,80
Clínica de lactancia (0 A 6 Meses De Edad) (Pad) (2.7)				0,65 UF	Sin Tope
Tratamiento fertilización asistida de baja y alta complejidad (Pad)(2.8)				1,14 AC4	

ATENCIÓN INTEGRAL DE URGENCIA (5)

Copago fijo por atención de urgencia, el cual incluye consulta médica, insumos, medicamentos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos. El valor del copago puede cambiar según qué tan compleja sea la atención, y solo aplica en los siguientes prestadores:

	Clínica Redsalud Santiago y Clínica Redsalud Providencia*		Clínica Dávila y Clínica Dávila Vespucio		Clínica Redsalud Vitacura y Clínica Indisa Maipú, Clínica Indisa Providencia	
Tipo de Urgencia	Simple	Compleja	Simple	Compleja	Simple	Compleja
Copago Urgencia Adulto	1,28 UF	3,44 UF	1,59 UF	4,83 UF	1,95 UF	5,63 UF
Copago Urgencia Pediátrica	1,02 UF	2,04 UF	1,35 UF	2,65 UF	1,68 UF	3,76 UF

ATENCIÓN DE URGENCIA (5)

Consulta médica de urgencia, imagenología, exámenes, procedimientos, pabellón y honorarios médicos.	Igual a Cobertura Ambulatoria.			
Medicamentos e Insumos por Urgencia (2.9)	**Solo Cobertura Libre Elección**	60%	0,50 UF	3

Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) (1.5)	Te asegura un monto máximo a pagar de 126 UF por diagnóstico, en tratamientos para enfermedades de alto costo en una red de prestadores definida(valor referencial de $5.174.238)**			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (3)				
Cirugía bariátrica y metabólica, septoplastía, rinoplastía	**40% Sin Tope:** Clínica RedSalud Santiago	**25% con Tope Libre Elección**		
Cirugía presbicia, cirugía fotorrefractiva o fototerapéutica (3.1)	**65% Sin Tope:** Centro Oftalmológico Providencia, Clínica Oftalmológica IOPA			

OTRAS COBERTURAS				
Optica (Marcos y cristales) (4.1)	**Solo Cobertura Libre Elección**	60%	1 UF	1
Cobertura internacional (5.4)		60%	Sin Tope	40
Box ambulatorio		60%	0,75 AC4	Sin Tope
Traslado medico ambulatorio		60%	0,53 AC4	3
Instrumental robótico		50%	Sin Tope	23

PRESTADORES DERIVADOS Clínica RedSalud Santiago y Clínica RedSalud Providencia

(*) Clínica RedSalud Providencia sólo tiene urgencia integral adulto simple y compleja
(**) Valor referencia calculado con el valor de la UF de $41.065, al 1 de Octubre 2026

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

Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que ellas cumplan los 2 años de edad.

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: **AC4** | **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 índice 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 abril del año siguiente.

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

5900 UF (6.7)

CONDICIONES DE VIGENCIA PLAN CORPORATIVO (CUANDO CORRESPONDA)

1) Que se incorporen al 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 CORPORATIVO (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 :

COBERTURA

I) **La cobertura de la oferta preferente:** Los prestadores individualizados en el siguiente listados son los prestadores definidos "en convenio" para la Region Metropolitana en el presente plan de salud.

a) **Oferta Preferente Hospitalaria**

% Bonificación	Red de Prestadores Hospitalarios
80%	Hospital Clínico De La Universidad De Chile(A.2), Clínica Cordillera, Hospital Parroquial De San Bernardo y Clínica Hospital Del Profesor

b) **Oferta Preferente Ambulatoria**

% Bonificación	Red de Prestadores Ambulatorios
60%	Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Clínica Cordillera, Hospital Parroquial De San Bernardo y Clínica Hospital Del Profesor

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

1. PRESTACIONES HOSPITALARIAS

Son aquellas prestaciones que requieren de día cama o intervención quirúrgica con pabellón de complejidad igual o mayor a 5.

1.1 Día Cama

Corresponde a la estadía del paciente en una unidad hospitalaria. Se otorga cobertura al día cama de cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, medicina, sala cuna, incubadora, cuidados intensivos, coronarios, intermedios, de observación y de aislamiento.

1.2 Medicamentos y materiales clínicos

Corresponden a los medicamentos y materiales clínicos utilizados durante una prestación hospitalaria. Solo se otorgará cobertura a los medicamentos y materiales clínicos que están incluidos en la factura emitida por el prestador y que cuenten con registro sanitario del Instituto de Salud Pública (ISP) para el diagnóstico en que se indica. En el caso de tratamientos para el diagnostico de Esclerosis múltiple remitente recurrente, se otorgará cobertura a través del código Fonasa vigente. Los medicamentos y materiales clínicos utilizados en tratamientos de cáncer se excluyen de este ítem, ya que estos se bonifican bajo el ítem Quimioterapia (según porcentajes y topes indicados en caratula del plan de salud). Asimismo, se excluyen de este ítem los utilizados en tratamientos de infertilidad, ya que estos se bonifican bajo la modalidad libre elección (según porcentajes y topes indicados en caratula del plan de salud). El tope de bonificación se aplicará por evento y por beneficiario.

1.3 Quimioterapia Hospitalaria / Ambulatoria

Corresponde al tratamiento farmacológico para combatir el cáncer, ya sea durante una hospitalización o de forma ambulatoria.
Se otorgará cobertura a los esquemas terapéuticos incorporados en el grupo vigente del Arancel Fonasa, los cuales pueden estar compuestos por una monodroga o por esquemas combinados de una o más drogas. Estos esquemas incluyen además todos los procedimientos e insumos asociados a la preparación y administración de la quimioterapia, incluyendo el uso de sillón de quimioterapia. Además, deben contar con registro sanitario vigente del Instituto de Salud Pública (ISP) para el contexto clínico solicitado.
En el caso de tratamientos que no se encuentren codificados en el Arancel Fonasa vigente, se otorgará cobertura por este ítem solo a las drogas con acción citotóxica sobre el cáncer, siempre que cuenten con registro ISP vigente para la indicación clínica correspondiente. También se otorgará cobertura a los medicamentos antieméticos y estimulantes de colonia, siempre que se administren en conjunto con la quimioterapia. En estos casos no aplica cobertura a los procedimientos ni insumos asociados a la preparación y administración de la quimioterapia.

1.4 Traslados médicos

Corresponden al transporte del paciente originados por una hospitalización. Solo se otorgará cobertura si el traslado es solicitado por el médico tratante y cuenta con autorización previa de la Isapre. En casos de urgencia, se aplican las condiciones definidas en la nota "5.3. Traslado entre prestadores en caso de Urgencia". No se incluye el traslado del acompañante.

1.5 Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC)

Es una cobertura que tiene por finalidad aumentar los beneficios del plan complementario de salud, que asegura un monto máximo a pagar de 126 UF por evento, en una red cerrada de prestadores definida por la Isapre para tratamientos médicos de alto costo, según las "CONDICIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN CHILE" que están disponibles en su Sucursal Digital. Puedes encontrar la red de prestadores y más información en la página web oficial de Consalud.

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

2. PRESTACIONES AMBULATORIAS

Son aquellas atenciones médicas que se realizan sin necesidad de hospitalización. Incluyen consultas médicas, exámenes de laboratorio, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, radiografías, radioterapia, quimioterapia, diálisis y cirugías ambulatorias.

2.1 Consulta telemedicina en especialidades

Corresponde a la atención médica realizada a distancia, a través de plataformas digitales, en distintas especialidades de salud. Se otorgará cobertura todas las especialidades que estén aranceladas en Fonasa.

2.2 Terapia ocupacional

Corresponde al tratamiento enfocado en la rehabilitación física y/o mental, realizado por un terapeuta ocupacional, de tipo ambulatorio, hospitalario o domiciliario. Se otorgará cobertura solo si las prestaciones son realizadas por terapeutas ocupacionales inscritos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Salud. Además, tales prestaciones deben ser indicadas por un médico tratante con especialidad relacionada a rehabilitación física, neurológica o psiquiátrica.

2.3 Audífonos

Corresponde a la cobertura de audífonos como parte de las prestaciones de prótesis u órtesis. Se otorgará cobertura solo a personas mayores de 55 años, bajo la modalidad de libre elección.

2.4 Atención integral de enfermería

I) En domicilio: Corresponde a la tención de enfermería realizada en el hogar del afiliado. Se otorgará cobertura solo si el paciente tiene 55 años o más, y/o está postrado, en estado terminal, post operado, ostomizado, o requiere instalación o retiro de catéter o sonda.

II) En centro de adulto mayor: Corresponde a la atención de enfermería realizada en un centro especializado para adultos mayores. Se otorgará cobertura solo si el paciente tiene 55 años o más.

2.5 Consulta y atención integral de nutricionista

Corresponde a la atención realizada por un profesional Nutricionista, previa indicación del médico tratante para la primera consulta del año calendario, aplicable a pacientes de cualquier edad. La cobertura se otorga por cada sesión efectivamente realizada.

2.6 Prestaciones Dentales (PAD)

Corresponde al tratamiento dental para beneficiarios adolescentes (entre 12 y 17 años 11 meses 29 días) que presenten caries en una o más piezas dentales. La cobertura aplicará a los códigos Fonasa 2503001, 2503002, 2503003, 2503004, 2503005 y 2503006. La cobertura se entregará vía reembolso.

2.7 Prestaciones clínicas de lactancia (PAD)

Corresponde al apoyo especializado para beneficiarios menores (entre 0 y 6 meses de edad) con dificultades en el proceso de amamantamiento (lactancia) en su contexto multidimensional. La cobertura aplicará al código Fonasa 2502020. La cobertura se entregará vía reembolso.

2.8 Tratamiento Fertilización Asistida de Baja y Alta Complejidad (PAD)

La cobertura para los tratamientos de infertilidad de baja y alta complejidad está sujeta al cumplimiento de criterios definidos por el MINSAL en las Normas Técnico Administrativas.

Baja complejidad (PAD 2502009 y 2502010): Incluye consultas, exámenes, criopreservación, capacitación espermática, inseminación artificial, fármacos e insumos según indicación médica.

Alta complejidad (PAD 2502011 al 2502018): Incluye tratamiento hormonal, medicamentos, honorarios médicos, exámenes, selección espermática, fecundación, cultivo embrionario y vitrificación de embriones excedentes post FIV/ICSI. No se incluye la mantención de embriones vitrificados.

2.9 Medicamentos y materiales clínicos ambulatorios

Corresponden a los medicamentos y materiales clínicos utilizados durante una prestación Ambulatoria. Solo se otorgará cobertura a estos bajo la modalidad libre elección.

3. PRESTACIONES RESTRINGIDAS

3.1 Cirugía presbicia, fotorrefractiva o fototerapéutica

Corresponden a intervenciones oftalmológicas destinadas a corregir problemas visuales. Se otorgará cobertura preferente solo si la cirugía se realiza en el Centro Oftalmológico Providencia o en alguna de las sucursales de la Clínica Oftalmológica IOPA en la Región Metropolitana. Si la intervención se realiza en un prestador distinto a los mencionados, se otorgará cobertura bajo la modalidad de libre elección.

4. OTRAS COBERTURAS

4.1 Marcos y cristales ópticos

Se otorgará cobertura a los marcos y cristales ópticos recetados, una vez presentada ante la Isapre la prescripción médica y la boleta de compra respectiva.

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

5. ATENCION DE URGENCIA

Atención de Urgencia: Incluye consulta médica, exámenes, imagenología, procedimientos, pabellón y honorarios médicos en el prestador nominado en caratula, según la cobertura definida en el cuadro de la oferta preferente para prestaciones ambulatorias.

Atención de Urgencia Integral: Incluye consulta médica, insumos, medicamentos, exámenes, imagenología, procedimientos y honorarios médicos que tengan código Fonasa. Esta atención se entrega exclusivamente en los prestadores nominados en el cuadro "Atención de Urgencia Integral".

Se considerará una urgencia compleja cuando se realicen prestaciones de salud del grupo de códigos Fonasa 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.

5.1 Hospitalización posterior a atención de urgencia integral

Si la atención de urgencia deriva en una hospitalización, el beneficiario debe pagar el copago fijo correspondiente al tipo de urgencia según lo indicado en el cuadro "Atención Integral de Urgencia" del plan de salud, más el copago correspondiente por la hospitalización.

5.2 Prestadores preferentes

Para recibir atención de urgencia con bonificación preferente, el beneficiario debe acudir a los prestadores nominados en el recuadro "Atenciones de Urgencia" del plan de salud. Si la atención ocurre en otro prestador, se aplicará la cobertura bajo modalidad libre elección, según lo indicado en el "cuadro de cobertura libre elección".

5.3 Traslado entre prestadores en caso de Urgencia

Si un beneficiario ingresa por urgencia a un prestador distinto de los mencionados en el recuadro «Atenciones de Urgencia» del plan de salud, este tendrá derecho a ser trasladado a uno de los prestadores nominados en el plan para acceder a la Oferta Preferente. Asimismo, Isapre Consalud también tendrá derecho a trasladar al beneficiario a alguno de dichos prestadores, siempre que el médico tratante lo autorice. Si el beneficiario no accede al traslado, optando por permanecer en el actual prestador, se otorgará cobertura bajo modalidad libre elección.

5.4 Cobertura internacional por urgencia

Si el beneficiario recibe una atención de urgencia fuera del país, se otorgará la cobertura especificada en el recuadro "Cobertura Libre Elección" del plan de salud; para lo cual se deberá presentar en una sucursal de Isapre Consalud los antecedentes médicos y documentos de cobro, traducidos al español y legalizados por el consulado del país donde ocurrió la atención de urgencia, dentro de un plazo de 90 días desde la emisión de la factura.

6. CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE

6.1 Sobre los prestadores preferentes

A) Los prestadores hospitalarios del plan, especificados en el recuadro "Prestadores hospitalarios", bajo la **modalidad de habitación individual**, según disponibilidad. En caso de que no esté disponible, se asignará una habitación doble o la siguiente opción de menor valor. La cobertura preferente del día cama tendrá como tope el valor de la habitación individual estándar (con baño privado y de menor precio del prestador). Cualquier diferencia por uso de habitaciones superiores (como suites o departamentos) será de cargo del beneficiario.

A.1) Las consultas médicas, procedimientos ambulatorios y honorarios médicos por hospitalización, tendrán cobertura preferente solo si se realizan en los prestadores ambulatorios nominados en la carátula del plan de salud y son efectuados por médicos Staff en convenio con Isapre Consalud. Si no se cumplen estas condiciones, la cobertura preferente se aplicará solo a la factura de la clínica, y a los honorarios médicos se les otorgará cobertura bajo modalidad libre elección.

A.2) Los Prestadores Hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente aquellos nominados en la carátula del plan, considerando los siguientes lugares de atención:

Hospital Clínico Universidad de Chile: Incluye Clínica Universidad de Chile Quilín.

A.3) Los Prestadores Ambulatorios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan, considerando los siguientes lugares de atención:

Clínica Dávila: Incluye Centro Médico Las Condes, Ñuñoa y Maipú.
Centros médicos RedSalud: Incluye a Centro Médico Arauco Salud.

A.4) La cobertura preferente, tanto hospitalaria como ambulatoria, se otorga solo si se presenta bono en los prestadores en convenio nominados en el plan de salud. Esta cobertura aplicará únicamente a las prestaciones que forman parte de la capacidad técnica del prestador preferente nominado en el plan. Si el prestador no tiene capacidad técnica para realizar la prestación, y esta se realiza en otro prestador, no se otorgará esta cobertura preferente.

6.2 Cuando un prestador no puede realizar una prestación especifica

Si una prestación específica, que forma parte de la oferta preferente, no es realizada por el prestador correspondiente, la Isapre derivará al beneficiario a otro prestador de similares características. En ese caso, se mantendrán las mismas condiciones de cobertura preferente del plan de salud.

CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE LA OFERTA PREFERENTE DEL PLAN CON PRESTADORES PREFERENTES

6.3 Cuando existe insuficiencia por parte del prestador

Si un prestador en convenio no puede realizar una prestación por falta de profesionales o medios, configurándose una insuficiencia, y ha transcurrido el tiempo de espera definido en el plan de salud, el beneficiario tiene derecho a solicitar a Isapre Consalud una derivación a otro prestador, para que esta lo derive a otro prestador de similares características. En ese caso, se mantendrán las mismas condiciones de cobertura preferente del plan de salud. Esta derivación sólo tendrá por objeto el otorgamiento de las prestaciones específicas que no pudieron ser brindadas por los prestadores preferentes.

Si el beneficiario realiza la atención en un prestador distinto a los nominados para la oferta preferente sin autorización previa y expresa de Isapre Consalud, se otorgará cobertura bajo modalidad de libre elección.

La solicitud de derivación puede hacerse en cualquier oficina de Consalud, en los puntos de atención ubicados en los prestadores preferentes, o llamando al 600 500 9000 en días festivos o fuera del horario hábil.

6.4 Cuando existe modificación o término del convenio

En el caso que se produzca la modificación o término del convenio con el prestador, u ocurran situaciones de fuerza mayor como el término de la existencia legal del prestador cerrado o preferente; pérdida total o parcial y permanente de su infraestructura; paralización permanente de sus actividades; sustitución o eliminación de la especialidad médica principal a que estaba orientado el convenio al momento de contratarse el plan de salud, la Isapre está facultada para realizar una adecuación especial al plan, en conformidad a la normativa vigente.

6.5 Sobre el cambio de plan

Sin perjuicio del derecho del afiliado a solicitar un cambio de plan de salud, cuando concurra alguna de las condiciones que establece el artículo 197, inciso primero, DFL N°1 de Salud, de 2005, la Isapre le ofrecerá una alternativa de plan si el afiliado lo solicita y su situación se ajusta a alguno de los siguientes casos. La nueva oferta debe incluir, como mínimo, un plan de salud cuyo precio se ajuste al monto de la cotización legal correspondiente a su remuneración al momento del cambio.

a. Si el afiliado cambia de domicilio respecto al informado al suscribir el plan de salud y acredita que este cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores nominados en el plan. Se presumirá esta dificultad cuando el cambio de domicilio impliqué trasladarse a otra región del país.

b. Si el prestador presenta una falta de atención continua y oportuna.

c. Si la Isapre Consalud no cumple con la obligación de derivación, o realiza la derivación a un prestador no nominado en el plan de salud, o el prestador derivado no entrega atención efectiva y oportuna.

d. Si la Isapre no otorga la atención de salud al beneficiario, a pesar de que este haya seguido correctamente los procedimientos de acceso y derivación establecidos en el plan de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el afiliado también podrá solicitar el término del plan de salud por el incumplimiento de las obligaciones por parte de la Isapre, en conformidad a las reglas generales.

6.6 Sobre la segunda opinión medica

El afiliado y sus beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión médica, respecto de las decisiones que emanen del médico tratante. De esta forma, se puede solicitar la derivación a otro profesional de la red, distinto a su médico tratante, para obtener esta segunda opinión. En caso de que esta segunda opinión sea obtenida directamente por el beneficiario, esta debe ser entregada al médico tratante para su consideración. Sin embargo, si existieran opiniones médicas divergentes, dicha diferencia podrá ser zanjada por el director médico de Centros Médicos RedSalud, quien pronunciara por escrito, en un plazo no superior a 15 días.

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 el párrafo 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.

6.7 Sobre los topes del plan

Tope de Bonificación: Los topes se indican en UF o en veces el Arancel Consalud (AC4). Si el tope está en UF, se calcula usando el valor oficial de la UF correspondiente al último día del mes anterior a la fecha en que se bonifica la prestación. El Arancel Consalud AC4 corresponde al listado de prestaciones de salud que tendrán cobertura del plan de salud. Toda prestación no incluida en este arancel se considera como no bonificable.

Topes Anuales: Para calcular el Tope General Anual por Beneficiario y el Monto Máximo de Bonificación, se consideran las prestaciones realizadas durante el período máximo de un año de vigencia de beneficios. Si el tope está expresado en UF, se valoriza según el valor de la UF del día en que se realiza la prestación. Además, 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 de salud convenido para la prestación genérica con que se encuentre relacionada, ni podrán tener una bonificación inferior a la cobertura financiera que el FONASA asegura, en modalidad libre elección a todas las prestaciones contempladas en el arancel que se refiere el artículo 31 de la Ley Nª19.666 que establece el Régimen General de Garantías de Salud.

LIFE FOCUS 6 LIGHT 10 26 13-FCL60L-26

SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Valorizada al 01 de Octubre del 2026

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
		% BONIFICACIÓN	TOPE $	% BONIFICACIÓN	TOPE $	COPAGO(*) $	NÚMERO DEL PRESTADOR
HOSPITALARIA	**PARTO NORMAL**						
	Visita Neonatólogo	50%	67.744	100%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido	50%	133.718	100%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona	50%	389.135	100%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos	50%	600.945	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 6	50%	231.736	100%	SIN TOPE		1
	PARTO POR CESAREA						
	Visita Neonatólogo	50%	67.744	100%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido	50%	133.718	100%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona	50%	389.135	100%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos	50%	363.290	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 7	50%	314.486	100%	SIN TOPE		1
	APENDICECTOMIA						
	Honorarios Médicos	50%	353.686	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellon 7	50%	314.486	100%	SIN TOPE		1
	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
	Honorarios Médicos	50%	326.323	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 10	50%	733.574	100%	SIN TOPE		1
	HISTERECTOMIA TOTAL						
	Honorarios Médicos	50%	510.091	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 8	50%	445.462	100%	SIN TOPE		1
	AMIGDALECTOMIA						
	Honorarios Médicos	50%	307.472	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 5	50%	181.798	100%	SIN TOPE		1
	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Honorarios Médicos	50%	911.530	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 14	50%	1.441.236	100%	SIN TOPE		1
	EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO						
	Honorarios Médicos	50%	940.034	100%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 12	50%	1.102.976	100%	SIN TOPE		1
	DIAS CAMA						
	U.T.I. NEONATAL	50%	123.172	100%	SIN TOPE		1
	U.T.I. PEDIATRIA	50%	123.172	100%	SIN TOPE		1
	U.T.I. ADULTO	50%	123.172	100%	SIN TOPE		1
	Sala Cuna	50%	123.172	100%	SIN TOPE		1
	Medicina	50%	123.172	100%	SIN TOPE		1
	MEDICAMENTOS						
	Hospitalización Neumonia	50%	1.231.716	100%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía	50%	1.231.716	100%	SIN TOPE		1
	MATERIALES CLINICOS						
	Hospitalización Neumonia	50%	1.026.430	100%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía	50%	1.026.430	100%	SIN TOPE		1
AMBULATORIA	**CONSULTAS**						
	CONSULTA PSIQUÍATRICA (A)	60%	17.508	70%	SIN TOPE		1
	Consulta Médica Electiva	60%	16.423	70%	SIN TOPE		1
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Rodillera, Bota Larga o Corta	60%	18.914	70%	SIN TOPE		1
	Hemodiálisis con Insumos Incluidos	60%	57.656	70%	SIN TOPE		1
	Gastroduodenoscopia	60%	66.983	70%	SIN TOPE		1
	Ecocardiograma Doppler	60%	55.177	70%	SIN TOPE		1
	Electrocardiograma de reposo	60%	6.081	70%	SIN TOPE		1
	Exploración Vitreorretinal	60%	5.809	70%	SIN TOPE		1
	Estudio Histopatológico Corriente	60%	14.607	70%	SIN TOPE		1
	Citodiagnóstico Corriente	60%	7.155	70%	SIN TOPE		1
	Densitometría Ósea	60%	39.199	70%	SIN TOPE		1
	Orina Completa	60%	2.103	70%	SIN TOPE		1
	Urocultivo	60%	4.105	70%	SIN TOPE		1
	Perfíl Bioquímico	60%	9.551	70%	SIN TOPE		1
	Estudio De Lípidos Sanguíneos	60%	7.033	70%	SIN TOPE		1
	Hemograma	60%	3.388	70%	SIN TOPE		1
	IMAGENOLOGIA						
	Ecotomografía Ginecológica	60%	13.451	70%	SIN TOPE		1
	Ecotomografía Abdominal	60%	25.416	70%	SIN TOPE		1
	Tomografía Axial Computarizada	60%	69.784	70%	SIN TOPE		1
	Radiografía de brazo, codo, muñeca	60%	9.077	70%	SIN TOPE		1
	Mamografía Bilateral	60%	21.583	70%	SIN TOPE		1
	Radiografía de Tórax	60%	21.992	70%	SIN TOPE		1
	MEDICINA FISICA						
	Reeducación Motriz (A)	60%	4.516	70%	SIN TOPE		1
	Ejercicios Respiratorios (A)	60%	4.516	70%	SIN TOPE		1

(A) :Prestación(es) sujeta(s) al siguiente Tope Anual :
* Reeducación Motriz.....: 3 U.F. .- □
* Ejercicios Respiratorios.....: 3 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 Octubre del 2026 , 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 2027 □ 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