PLANES **CORE**

Tu tranquilidad en el centro

consalud
SOMOS CChC

En tus atenciones más comunes

PRESTACIONES AMBULATORIAS

Consultas

Paga $7.549* (0,19 UF)

En consultas de Médico General, Traumatología y Pediatría en prestadores indicados en el plan

Urgencias

Paga desde $54.035* (1,36 UF) **hasta $301.168*** (7,58 UF)

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

Telemedicina

Costo cero

En Psicología, Medicina General, Pediatría y Nutriología en Redsalud

Salud dental

65% de dcto. en RedSalud, costo $0 en diagnóstico, controles preventivos y controles periódicos

...y en los momentos más difíciles

PRESTACIONES HOSPITALARIAS

Cirugías

Paga desde $107.276* (2,7 UF) **hasta $1.875.350*** (47,2 UF)

En las 17 cirugías más comunes, tales como: apendicectomía, meniscectomía, hernia, entre otras

Eventos de alto costo

Paga un máximo de $5.006.232* (126 UF)

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

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

Beneficios de estar en Consalud

- **Costo $0 en exámenes y precios preferentes en imágenes en prestadores en convenio**
- **Exámenes preventivos costo $0 en una red definida**
- **Programas de acompañamiento para pacientes oncológicos, personas mayores y futura mamá**
- **Descuento en farmacias y más**
- **Sin listas de espera**

Te oriento, te acompaño, te ayudo

Sucursales

Sucursal Digital
clientes.consalud.cl

Contact Center
600 500 9000

Consalud Mobile

Conoce más sobre nuestros beneficios
escaneando este código QR
o ingresando directamente a
www.consalud.cl/planes-core.html

PLANES SANTIAGO

CORE

Tu tranquilidad en el centro



consalud
SOMOS CCHC

CORE 20 01 26

13-CORE201-26

FUN N°

FOLIO

TIPO DE PLAN: [X] INDIVIDUAL [ ] GRUPAL

PRESTACIONES (1)	COPAGO FIJO (16)	OFERTA PREFERENTE (*) % BONIFICACIÓN	OFERTA PREFERENTE (*) TOPE (5)	OFERTA PREFERENTE (*) TOPE ANUAL (6)(UF)	LIBRE ELECCIÓN (*) BONIFICACIÓN	LIBRE ELECCIÓN (*) TOPE (5)	LIBRE ELECCIÓN (*) TOPE ANUAL (6)(UF)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA							
Dia Cama (17)	Paga entre 2,7 UF y 47,2 UF en 17 prestaciones descritas en la letra(M) (Valor referencial entre $107.276 y $1.859.457)***	40% SIN TOPE Clínica RedSalud Santiago, Clínica Bupa Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile (A.2)	Sin Tope		40% Otros Prestadores	2,00 UF	
Derecho A Pabellon						0,60 AC4	Sin Tope
Imagenología y Exámenes De Laboratorio							
Procedimientos							
Kinesiología y Fisioterapia							
Honorarios Medicos Quirurgicos						0,90 AC4	
Visita Por Médico (Tratante E Interconsultor)						0,20 UF	
Medicamentos Hospitalarios (2)			100			20 UF	20
Materiales E Insumos Clinicos (2)			50			10 UF	10
Protesis, Ortesis y Elementos De Osteosintesis			10			10 UF	10
Quimioterapia (7)			200			26 UF	100
Traslados Médicos (L)			1			0,50 UF	1
AMBULATORIAS							
Consulta Médica Y Telemedicina En Especialidades (10)	Paga 0,19 UF en consultas descritas en la letra (N) (Valor referencial de $7.549)***	60% SIN TOPE Centros Médicos RedSalud (A.3), Clínica RedSalud Santiago, Clínica Bupa Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile	Sin Tope			0,30 UF	Sin Tope
Imagenología y Exámenes de laboratorio					40% Otros Prestadores	0,70 AC4	
Procedimientos						0,70 AC4	
Pabellón ambulatorio						0,70 AC4	
Consulta/Tratamiento Psicología		40% SIN TOPE Centros Médicos RedSalud (A.3), Clínica RedSalud Santiago, Clínica Bupa Santiago, Hospital Clínico Universidad de Chile				0,32 UF	4
Honorarios médicos quirúrgicos						0,90 UF	Sin Tope
Kinesiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional (15)						0,70 AC4	2
Fonoaudiología			2			1,54 AC4	2
Prótesis/Ortesis (14)			10			0,50 AC4	5
Atención Integral De Enfermera (3a Y 3b) y Nutricionista(4)			2,50			0,50 UF	2,50
Radioterapia			100			1,80 AC4	100
Quimioterapia (7)			200			26 UF	100
Prestaciones Dentales (Pad) (9)	Sólo Cobertura Libre Elección				100%	1,39 UF	2,50
Clínica De Lactancia (0 A 6 Meses De Edad) (Pad) (11)						0,65 UF	
Mal Nutrición Infantil (7 A 72 Meses De Edad) (Pad) (12)						0,71 UF	Sin Tope
Tratamiento Fertilización Asistida de Baja y Alta Complejidad (PAD) (13)						1,14 AC4	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS							
Cirugía Bariatrica Y Metabólica, Septoplastía,Rinoplastía	40% Sin Tope: Clínica RedSalud Santiago				25%	Con tope Libre Elección	
Cirugía Presbicia, Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	65% Sin Tope: Centro Oftalmológico Providencia, Clínica Oftalmológica IOPA						
OTRAS COBERTURAS							
Medicamentos E Insumos Por Urgencia	Sólo Cobertura Libre Elección				40%	0,50 UF	3
Optica (Marcos y Cristales) (8)						0,50 UF	0,50
Traslados Médicos Ambulatorios						1 UF	1
Box Ambulatorio						1 UF	Sin Tope
Instrumental Robótico					50%	Sin Tope	23

Cobertura Adicional Para Enfermedades Catastróficas (18)	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 $5.006.106)***

ATENCIÓN DE URGENCIA (D) (E)

Incluye consulta médica de urgencia, imagenología, exámenes, 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) (F)

Incluye consulta médica de urgencia, insumos, medicamentos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos solo en **Clínica RedSalud Santiago,Clínica Bupa Santiago.**

	CLÍNICA REDSALUD SANTIAGO		CLÍNICA BUPA SANTIAGO	
	URGENCIA SIMPLE	URGENCIA COMPLEJA (**)	URGENCIA SIMPLE	URGENCIA COMPLEJA (**)
Urgencia Adulto	1,84 UF	5,24 UF	2,39 UF	6,47 UF
Urgencia Pediátrica	1,56 UF	3,11 UF	2,09 UF	3,58 UF

PRESTADORES DERIVADOS

Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Clínica RedSalud Santiago y Clínica RedSalud Providencia

(*) 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 y16-02), procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y aquellas atenciones a pacientes que ingresen en riesgo vital.

(***) Valor referencia calculado con el valor de la UF de $39.732, al 1 de Enero 2026

TABLA ÚNICA DE FACTORES N°604

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.

PRECIO DEL PLAN

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 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

3900 UF (6)

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.

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.

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 (AC4). 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 N°19.666 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. No incluye cirugía Lasik o Fotorrefractiva.

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 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.

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) **PRESTACIONES CON COPAGO FIJO:** Eventos hospitalarios: Para efecto de cobertura, se entiende incluido dentro del copago fijo, el costo de todas las prestaciones contenidas en el Arancel del Plan, que reciba el beneficiario durante una hospitalización, que pertenezcan a los items detallados en el anverso de este plan, desde el día de ingreso hasta el alta médica.

17) **DÍA CAMA:** Comprende día cama cirugía ,pediatría, gineco-obstetricia, medicina, sala cuna, incubadora, cuidados intensivos o coronarios, intermedio, observación y aislamiento

18) **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.

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	

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

A) Los prestadores hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente los nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores hospitalarios, en Habitación individual. 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.1) Las Consultas Médicas, procedimientos ambulatorios y los Honorarios Médicos por prestaciones hospitalarias realizadas en los prestadores nominados en la carátula del plan en el recuadro de prestadores ambulatorios, tendrán cobertura preferente cuando sean efectuadas por médicos 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 preferente se aplicará solo a la facturación de la clínica y los Honorarios Médicos serán bonificados de acuerdo a la modalidad libre elección.

A.2) Los prestadores hospitalarios del plan de salud serán exclusivamente aquellos nominados en la carátula del plan. Entre ellos, se incluye el siguiente:
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. Entre ellos, se incluye el siguiente:
Centros médicos RedSalud: Solo en Centros Médicos RedSalud Región Metropolitana (excluye a Centro Médico Arauco Salud)

A.4) La cobertura preferente tanto hospitalaria como ambulatoria se otorgará solo con presentación de bono en prestadores en convenios especificados en el plan de salud.
La cobertura preferente 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.

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 la cobertura que le habría correspondido 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 600 500 9000.

D) Para recibir Atenciones de Urgencia el afiliado deberá acudir a alguno de los prestadores indicados en el recuadro «ATENCIONES DE URGENCIA» del Plan de Salud. La bonificación en estos prestadores será la correspondiente a «OFERTA 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 « CUADRO DE COBERTURA EN LIBRE ELECCION».

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 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 «OFERTA 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) 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" más el copago correpondiente a la hospitalización respectiva.

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.

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

I) 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 el artículo 197, inciso primero, del DFL N°1, 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.
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.
b) Si se produce una falta de atención continua y oportuna por parte del Prestador.
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.
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}

J) Los afiliados y beneficiarios pertenecientes a los planes de salud preferente, tienen derecho a solicitar una segunda opinión médica. Para ello, pueden solicitar la derivación a un profesional de la red, distinto a su médico tratante, para que le entregue una segunda opinión médica. En caso 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 Salud Administrada de Centros Médicos RedSalud, quien pronunciara por escrito al beneficiario, en un plazo no superior a los 15 días.

K) 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.

L) **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 la letra E.

M) Listado de prestaciones hospitalarias en las que pagarás el monto indicado (copago), disponible en la clínica identificada con una "x"

Código Prestación (*)	Prestación Principal	Copago (en UF)	Hospital Clínico Universidad de Chile	Clínica RedSalud Santiago	Clínica Bupa Santiago
1802053	Apendicitis	19,0		X	
1202016	Chalazión (Orzuelo)	2,7		X	
1802081	Colelitiasis (Cálculos biliares)	23,7	X	X	X
1302029	Enfermedad crónica de las amígdalas (Amigdalitis crónica)	8,8	X	X	X
1101050	Estudio Apnea del Sueño (Polisomnografía)	4,8	X	X	
1902082	Fimosis	7,6	X	X	X
1803018	Hemorroides	7,5	X	X	X
1802153	Hernia abdominal simple	11,4		X	X
1103049	Hernia del Núcleo Pulposo (cervical, dorsal, lumbar)	28,8	X	X	X
2003010	Histerectomía	19,6	X	X	X
2104156	Inestabilidad de Rodilla (Trastorno de la Rodilla)	46,8		X	X
2104159	Menisectomía (Cirugia de Meniscos)	17,8	X	X	X
2104051	Ruptura Manguito Rotador	47,2		X	X
1103066	Síndrome del Túnel Carpiano	13,3	X	X	X
1703030	Várices	10,0	X	X	X
1902076	Vasectomía	10,8	X	X	X
1302028	Vegetaciones adenoides (Cirugia de adenoides)	7,6	X	X	X

Ante la eventualidad de existir dos o mas intervenciones hospitalarias en un mismo evento, se bonificará de acuerdo a la prestación principal que originó la hospitalización.
El Copago Fijo indicado no considera prestaciones no bonificables (No aranceladas).

(*) Estos códigos de prestación se actualizarán cada año junto al arancel FONASA

N) Copago fijo aplica para consulta medicina general (101001), de especialidad en traumatología (101310) y pediatría(101309), en Centros MédicosRedSalud Región Metropolitana (excluyendo a Arauco Salud), Clínica RedSalud Santiago y Hospital Clínico Universidad de Chile. Estos códigos de prestación se actualizarán cada año junto al arancel FONASA

CORE 20 01 26 13-CORE201-26

SELECCIÓN DE PRESTACIONES VALORIZADAS

Valorizada al 01 de Julio del 2026

	PRESTACIONES	LIBRE ELECCIÓN		BENEFICIOS ASOCIADOS A CIERTOS PRESTADORES			
		% BONIFICACIÓN	TOPE $	% BONIFICACIÓN	TOPE $	COPAGO(*) $	NÚMERO DEL PRESTADOR
HOSPITALARIA	**PARTO NORMAL**						
	Visita Neonatólogo	40%	8.164	40%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido	40%	121.562	40%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona	40%	353.759	40%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos	40%	546.314	40%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 6	40%	69.521	40%	SIN TOPE		1
	PARTO POR CESAREA						
	Visita Neonatólogo	40%	8.164	40%	SIN TOPE		1
	Atención Inmediata Recién Nacido	40%	121.562	40%	SIN TOPE		1
	Honorarios Matrona	40%	353.759	40%	SIN TOPE		1
	Honorarios Médicos	40%	330.264	40%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 7	40%	94.346	40%	SIN TOPE		1
	APENDICECTOMIA						
	Honorarios Médicos	40%	321.533	40%	SIN TOPE	775.586	1
	Derecho de Pabellon 7	40%	94.346	40%	SIN TOPE	775.586	1
	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA						
	Honorarios Médicos	40%	296.657	40%	SIN TOPE	967.441	1
	Derecho de Pabellón 10	40%	220.072	40%	SIN TOPE	967.441	1
	HISTERECTOMIA TOTAL						
	Honorarios Médicos	40%	463.719	40%	SIN TOPE	800.078	1
	Derecho de Pabellón 8	40%	133.639	40%	SIN TOPE	800.078	1
	AMIGDALECTOMIA						
	Honorarios Médicos	40%	279.520	40%	SIN TOPE	359.219	1
	Derecho de Pabellón 5	40%	54.539	40%	SIN TOPE	359.219	1
	CIRUGIA CARDIACA DE COMPLEJIDAD MAYOR						
	Honorarios Médicos	40%	828.663	40%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 14	40%	432.371	40%	SIN TOPE		1
	EXTIRPACION TUMOR Y/O QUISTE ENCEFALICO						
	Honorarios Médicos	40%	854.576	40%	SIN TOPE		1
	Derecho de Pabellón 12	40%	330.893	40%	SIN TOPE		1
	DIAS CAMA						
	U.T.I. NEONATAL	40%	81.641	40%	SIN TOPE		1
	U.T.I. PEDIATRIA	40%	81.641	40%	SIN TOPE		1
	U.T.I. ADULTO	40%	81.641	40%	SIN TOPE		1
	Sala Cuna	40%	81.641	40%	SIN TOPE		1
	Medicina	40%	81.641	40%	SIN TOPE		1
	MEDICAMENTOS						
	Hospitalización Neumonia	40%	408.203	40%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía	40%	408.203	40%	SIN TOPE		1
	MATERIALES CLINICOS						
	Hospitalización Neumonia	40%	408.203	40%	SIN TOPE		1
	Apendicectomía	40%	408.203	40%	SIN TOPE		1
AMBULATORIA	**CONSULTAS**						
	CONSULTA PSIQUÍATRICA (A)	40%	17.508	60%	SIN TOPE		1
	Consulta Médica Electiva	40%	12.246	60%	SIN TOPE		1
	EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS						
	Rodillera, Bota Larga o Corta	40%	19.188	40%	SIN TOPE		1
	Hemodiálisis con Insumos Incluidos	40%	57.656	40%	SIN TOPE		1
	Gastroduodenoscopia	40%	46.402	40%	SIN TOPE		1
	Ecocardiograma Doppler	40%	55.977	40%	SIN TOPE		1
	Electrocardiograma de reposo	40%	6.169	40%	SIN TOPE		1
	Exploración Vitreorretinal	40%	5.893	40%	SIN TOPE		1
	Estudio Histopatológico Corriente	40%	13.633	40%	SIN TOPE		1
	Citodiagnóstico Corriente	40%	6.678	40%	SIN TOPE		1
	Densitometría Ósea	40%	39.767	40%	SIN TOPE		1
	Orina Completa	40%	1.963	40%	SIN TOPE		1
	Urocultivo	40%	3.831	40%	SIN TOPE		1
	Perfíl Bioquímico	40%	8.915	40%	SIN TOPE		1
	Estudio De Lípidos Sanguíneos	40%	6.564	40%	SIN TOPE		1
	Hemograma	40%	3.162	40%	SIN TOPE		1
	IMAGENOLOGIA						
	Ecotomografía Ginecológica	40%	12.555	40%	SIN TOPE		1
	Ecotomografía Abdominal	40%	23.722	40%	SIN TOPE		1
	Tomografía Axial Computarizada	40%	65.132	40%	SIN TOPE		1
	Radiografía de brazo, codo, muñeca	40%	8.472	40%	SIN TOPE		1
	Mamografía Bilateral	40%	20.144	40%	SIN TOPE		1
	Radiografía de Tórax	40%	20.525	40%	SIN TOPE		1
	MEDICINA FISICA						
	Reeducación Motriz (A)	40%	3.293	40%	SIN TOPE		1
	Ejercicios Respiratorios (A)	40%	8.800	40%	SIN TOPE		1

(A) :Prestación(es) sujeta(s) al siguiente Tope Anual :
* Reeducación Motriz.....: 2 U.F. .-
* Ejercicios Respiratorios.....: 2 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 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