

ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013 0567)

Plan 1-A Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN ÚNICO			
	% Reembolso	Deducible UF		Otros
Afiliado Solo		0,5		
Afiliado con 1 carga		1		
Afiliado con 2 o más cargas		1,5		
O.10 Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	48% del ítem respectivo	Depende del ítem respectivo		S/Tope
O.11 No codificados	48% del ítem respectivo	s/tope por evento		UF 14 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
A.10.Consultas médicas	48	67	UF 0.48 por sesión	Uf 9.5
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventivo mamografía)	38	57	s/tope	UF 14
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior).	57	57	s/tope	UF 38
A.43.Medicamentos genéricos o bioequivalentes	76	76	s/tope	UF 14
A.42.Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand	76	76	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	38	38	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand	38	38	s/tope	
A.47. Medicamentos genéricos o bioequivalentes Cruz Verde	76	76	s/tope	
A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde	38	38	s/tope	
A.48. Medicamentos Genéricos o bioequivalentes Ahumada	76	76	s/tope	
A.48. Medicamentos de Marca Ahumada	38	38	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
G.03 GES ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/tope
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	48	48	UF 0.48 por sesión	UF 9.5
S.24.Hospitalización	48	48	s/tope	UF 14
OTROS GASTOS AMBULATORIOS		%	Tope Prest. UF	



	% Reembolso	Bono		Tope Anual
V.34.Óptica (incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	67	67	s/tope	UF 2.9
V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	67	67	s/tope	UF 14

GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días	76	76	UF 4.8 diarias	30 días
H.11.Exceso día cama	67	67	UF 3.8 diarias	s/tope
H.22.Honorarios médicos y servicios hospitalarios (incluye derecho a pabellón, cirugía dental por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería).	48	48		s/tope
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
M.10.Parto Normal	48	48	s/tope	UF 14
M.30.Cesárea	48	48	s/tope	UF 19
M.20.Aborto no provocado	48	48	s/tope	UF 9.5
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas limítrofes:	<p>Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional. En caso de atenciones dentales ídem plan de beneficios.</p> <p>Para acceder a este beneficio los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p>			
Gastos de Enfermedades y Accidentes en el Extranjero por Comisiones de Servicios que no estén cubiertos por la Ley 16.744 y que no tengan Seguro de Salud en el extranjero:	<p>En caso de ser cubiertos por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar los bonos, documentos de reembolso o boletas acompañados a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, para ser liquidados por el plan de beneficios. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p> <p>En caso de no tener cobertura por su sistema de salud previsional, los asegurados deberán enviar boletas de gastos médicos acompañadas a la Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos se considerará el 50% del gasto y luego se aplicará el porcentaje de cobertura del ítem respectivo. El pago se realizará en moneda nacional (CLP) y la conversión a pesos se realizará considerando la fecha de pago de cada documentación contable.</p>			



Monto máximo reembolso	Por asegurado
Monto asegurado máximo	UF 400

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA
CATASTRÓFICO**

CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2013
0567)

Plan Único Seguro Catastrófico

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
H.10. Día cama	100	Sin tope
H.30. Honorarios médicos	100	Sin tope
H.12. Día cama UTI/intermedio	100	Sin tope
H.20. Derecho a pabellón	100	Sin tope
H.34. Cirugía dental por accidente	100	Sin tope
V.50. Servicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
H.20. Medicamentos - insumos	100	Sin tope
V.70. Servicio enfermería	100	Sin tope
PC1. Otros gastos	100	Sin tope
2. Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
A.40 y A.43. Medicamentos	50	Sin tope
A.10 Consulta médica	100	Sin tope
A.20. Exámenes	100	Sin tope
A.20. Procedimientos	100	Sin tope
A.46. Drogas Antineoplásicas	80	Sin tope
3. Monto máximo reembolso	Por grupo familiar	
Monto asegurado máximo	UF 2.000	
4. Periodo de acumulación	Ver nota	
Deducible	UF 25	
Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia		