

## PLAN BENEFICIOS COBERTURA CATASTRÓFICO POR EVENTO (\*\*\*)

(\*\*\*) = Esta cobertura solo aplica si se encuentra vigente en la póliza contratada

COBERTURA			Porcentaje Reembolso
<b>BENEFICIO DE HOSPITALIZACION</b>	Día Cama Hospitalizacion, incluye UTI		100%
	Servicios Hospitalarios		100%
	Honorarios Médicos Quirúrgicos		100%
	Cirugía Ambulatoria		100%
	Prótesis Quirúrgicas		100%
<b>BENEFICIO AMBULATORIO</b>	Consultas Médicas		100%
	Exámenes de laboratorios		100%
	Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear		100%
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos		100%
	Kinesiología y Fonoaudiología		100%
	Medicamentos de Marca		100%
	Medicamentos Ambulatorios		100%
Sin Cobertura Isapre		50%	
Cobertura Extranjero		50%	

<b>Tope Anual de la Ampliación de Cobertura</b>	<b>5000,00 UF</b>
---	-------------------

<b>Deducible por Evento</b>	<b>100,00 UF</b>
-----------------------------	------------------

**BMI : Clausula de Bonificación Mínima 50% solo para asegurados con Previsión Isapre.**

Para todos los ítems del plan ya sea Ambulatorio y/o Hospitalario se exige que la institución previsional reembolse igual o sobre 50% del monto total cobrado, si el monto es menor a este, la Compañía siempre considerará el 50% del monto total cobrado y sobre ese monto aplicará el porcentaje del plan de beneficios. Se exceptúan medicamentos ambulatorios.