



PLAN BENEFICIOS COBERTURA DE SALUD (*)

	COBERTURA	% REEMBOLSO	TOPE UF PRESTACION	TOPE UF ANUAL
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización, Incluye Domiciliaria	100%	5 UF diario	
	Servicios Hospitalarios	100%	Proporcional: Si el Aporte de Isapre o Fonasa es mayor o Igual a 70%, el reembolso del Seguro de Salud Complementario será 100% hasta tope plan, si el aporte es menor a 70% cobertura Seguro será 60% hasta tope del plan	
	Dia Cama UTI/UCI	100%		
	Servicios Hospitalarios	60%		
	Dia Cama UTI/UCI	60%		
	Honorarios Médicos	80%	40 UF por evento	
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	20 UF por evento	
	Cesárea	100%	30 UF por evento	
	Aborto No Voluntario	100%	15 UF por evento	
	Complicaciones Embarazo	80%		
	Parto Multiple	100%	10 UF por evento	
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS (VER CONVENIO FARMACIAS)	Medicamentos de Marca	50%		20 UF
	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores	50%		
	Medicamentos Antineoplásicos	50%		
	Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes	100%		
BENEFICIOS AMBULATORIO	Consultas Médicas (Con Bono)	80%	0,7 UF por consulta	
	Consultas Médicas (Libre Elección)	80%	0,5 UF por consulta	
	Exámenes de Laboratorio (Con Bono)	80%		30 UF
	Exámenes de Laboratorio (Libre Elección)	70%		30 UF
	Exámenes de Imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	80%		30 UF
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos (Libre Elección)	50%		
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos (Con Bono)	80%		
	Cirugía Ambulatoria	80%	40 UF por evento	
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología y/o Psicopedagogía	50%	0,5 UF por consulta	20 UF
	Gastos Hospitalarios	50%		
BENEFICIOS ESPECIALES	Prótesis, Órtesis y Aparatos Auditivos	80%		50 UF
	Plantillas No Ortopédicas	80%		1 UF
	Gastos por Óptica	80%		5 UF
	Cirugía Ocular Lasik con Dioptría > o = 5	80%		
	Lentes de Contacto	80%		5 UF
	Servicio de Ambulancia Terrestre	80%		3 UF
	Fonoaudiología, Kinesiología y Terapia Ocupacional	80%	1 UF por consulta	
	Hormonas del Crecimiento y Relacionadas	40%		10 UF
	Deducible GES/CAEC (Ambulatorio y Hospitalario)	100%		
	Consulta Nutricionista	80%	0,5 UF por consulta	5 UF
	Obesidad Morbida	70%		50 UF
	Cirugía Rinoplastia y/o Septoplastía	80%		30 UF
Sin Cobertura Isapre		50%		
Cobertura Extranjero		Idem Plan. Solo Urgencias		
Tope Anual Cobertura en UF		500,00 UF		
DEDUCIBLE	Por Grupo Familiar			
	Titular Solo	0,50 UF		
	Titular + 1 Carga	1,00 UF		
	Titular + 2 Cargas	1,50 UF		
	Titular + 3 o mas Cargas	2,00 UF		

(*)

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, óptica, atención psicológica y psiquiatría, obesidad mórbida y deducible por prestaciones GES / CAEC.