

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD  
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL 3 2022 0141)**

PLAN 2 - 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			1,4		
O.10 Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA	47,5% del ítem respectivo		Depende del ítem respectivo		
O.11 No codificados	47,5% del ítem respectivo		s/tope por evento		UF 14,25 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual	
A.10.Consultas médicas	47,5	66,5	UF 0.48 por sesión	Uf 9,5	
A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventiva mamografía)	38	57	s/tope	UF 14,25	
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 14,25	
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	

<b>PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Bono</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
S.23.Consulta	47,5	47,5	UF 0.48 por sesión	UF 9,5
S.24.Hospitalización	47,5	47,5	s/tope	UF 14,25
<b>OTROS GASTOS AMBULATORIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Bono</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
V.34.Óptica (incluyendo marcos, cristales y lentes de contacto)	66,5	66,5	s/tope	UF 2,85
V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	66,5	66,5	s/tope	UF 14,25
<b>GASTOS HOSPITALARIOS</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
H.10.Día cama hasta 30 días	76	76	UF 4,75 diarias	30 días
H.11.Exceso día cama	66,5	66,5	UF 3,8 diarias	s/tope
H.22.Honorarios médicos y servicios hospitalarios (incluye derecho a pabellón, cirugía por accidente, servicio de ambulancia (radio 50 km) y servicio de enfermería).	47,5	47,5		s/tope
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/tope
<b>MATERNIDAD</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Prest. UF</b>	<b>Tope Anual</b>
M.10.Parto Normal	47,5	47,5	s/tope	UF 14,25
M.30.Cesárea	47,5	47,5	s/tope	UF 19
M.20.Aborto no provocado y/o bajo las 3 causales	47,5	47,5	s/tope	UF 9,5