

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

| PLAN 1 – 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   | 50% del ítem respectivo                     | Depende del ítem respectivo |                   |                    |
| O.11 No codificados  | 50% del ítem respectivo                     | s/tope por evento           |                   | UF 15 (tope anual) |
| GASTOS AMBULATORIOS  | % Reembolso                                 | % Bono                      | Tope Prest. UF    | Tope Anual         |
| A.10.Consultas médicas   | 50  | 70                          | UF 0.5 por sesión | UF 10              |
| A.20. Exámenes y procedimientos (incluye preventiva mamografía)  | 40  | 60                          | s/tope            | UF 15              |
| A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior). | 60  | 60                          | s/tope            | UF 40              |
| A.43.Medicamentos genéricos o bioequivalentes  | 80  | 80                          | s/tope            | UF 15              |
| A.42.Medicamentos genéricos o bioequivalentes Salcobrand   | 80  | 80                          | s/tope            |                    |
| A.40.Medicamentos de marca   | 40  | 40                          | s/tope            |                    |
| A.42. Medicamentos de marca Salcobrand   | 40  | 40                          | s/tope            |                    |
| A.47. Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes Cruz Verde  | 80  | 80                          | s/tope            |                    |
| A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde   | 40  | 40                          | s/tope            |                    |
| A.48. Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes Ahumada   | 80  | 80                          | s/tope            |                    |
| A.48. Medicamentos de Marca Ahumada  | 40  | 40                          | 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  | 50                 | 50                 | UF 0.5 por sesión     | UF 10             |
| S.24.Hospitalización   | 50                 | 50                 | s/tope                | UF 15             |
| <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)  | 70                 | 70                 | s/tope                | UF 3              |
| V.21.Prótesis y ortesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)   | 70                 | 70                 | s/tope                | UF 15             |
| <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  | 80                 | 80                 | UF 5 diarias          | 30 días           |
| H.11.Exceso día cama   | 70                 | 70                 | UF 4 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). | 50                 | 50                 |                       | 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  | 50                 | 50                 | s/tope                | UF 15             |
| M.30.Cesárea   | 50                 | 50                 | s/tope                | UF 20             |
| M.20.Aborto no provocado   | 50                 | 50                 | s/tope                | UF 10             |

| <b>GASTOS EN EL EXTRANJERO</b>   |   |
|--|---|
| <b>Zonas limítrofes:</b>   | <p>Se otorgará cobertura ídem plan de beneficios para las atenciones efectuadas en el extranjero, una vez bonificadas por su sistema de salud previsional.</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>  |
| <b>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:</b> | <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> |
| <b>Monto máximo reembolso</b>  | <b>Por asegurado</b>  |
| <b>Monto asegurado máximo</b>  | <b>UF 400</b>   |