

ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD

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

Plan 1- Seguro Complementario de Salud	SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD – PLAN			
	% 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	50% y se aplica ítem respectivo	Depende del ítem respectivo.		s/tope
O.11 no codificados	50% de la boleta	s/tope por evento		UF 15 (tope)
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 preventivo mamografía, kinesiología y fonaudiología)	40	60	s/tope	UF 15
A.23. Cirugía ambulatoria (incluye todo tipo de cirugía ocular inclusive láser con dioptría 5 o superior por patología).	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 S/Deducible	80	80	s/tope	
A.40.Medicamentos de marca	40	40	s/tope	
A.42. Medicamentos de marca Salcobrand C/Deducible plan.	40	40	s/tope	
A.47. Medicamentos genéricos o bioequivalentes Cruz Verde SIN DEDUCIBLE	80	80	s/tope	
A.47. Medicamentos de Marca Cruz Verde	40	40	s/tope	
G.01 CAEC ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/top
G.03 GES ambulatorio (copago)	80%	80%	s/tope	s/top
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA/ PSICOPEDAGOGÍA	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
S.23.Consulta	50	50	UF 0.5 por sesión	UF 10
S.24.Hospitalización	50	50	s/tope	UF 15
OTROS GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	% Bono	Tope Prest. UF	Tope Anual
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

GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
H.10.Día cama hasta 30 días	80	80	UF 5 diarias	30
H.11.Exceso día cama	70	70	UF 4 diarias	s/top
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/top e
G.2. CAEC Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/top
G.4. Ges Hospitalario (Copago)	80	80	s/tope	s/top
MATERNIDAD	% Reembolso	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
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
GASTOS EN EL EXTRANJERO				
Zonas limítrofes:	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. 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.			
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:	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. 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.			
Monto máximo reembolso	Por asegurado			
Monto asegurado máximo	UF 400			