

**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD  
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2018 0044)**

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 preventivo 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)	60	60	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>



**ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO  
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 2018 0044)**

**Plan Único Seguro Catastrófico**

<b>SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO</b>		
<b>1.Gastos Hospitalarios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
H.10. Día cama	<b>100</b>	<b>Sin tope</b>
H.30. Honorarios médicos	100	Sin tope
H.12. Día cama UTI/intermedio	100	Sin tope
H.20. Derecho a pabellón	100	Sin tope
H.34. Cirugía dental por accidente	100	Sin tope
V.50. Servicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
H.20. Medicamentos - insumos	100	Sin tope
V.70. Servicio enfermería	100	Sin tope
PC1. Otros gastos	100	Sin tope
<b>2.Gastos ambulatorios</b>	<b>% Reembolso</b>	<b>Tope Anual UF</b>
A.40 y A.43. Medicamentos	<b>50</b>	Sin tope
A.10 Consulta médica	<b>100</b>	Sin tope
A.20. Exámenes	<b>100</b>	Sin tope
A.20. Procedimientos	<b>100</b>	Sin tope
A.46. Drogas Antineoplásicas	<b>80</b>	Sin tope
<b>3.Monto máximo reembolso</b>	<b>Por grupo familiar</b>	
<b>Monto asegurado máximo</b>	<b>UF 2.000</b>	
<b>4. Periodo de acumulación</b>	<b>Ver nota</b>	
<b>Deducible</b>	<b>UF 25</b>	
<b>Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia</b>		