

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Coberturas	Bonificación (%)			Tope (UF)
	Bono	Libre Elección	Sin Previsión	
BENEFICIO HOSPITALARIO				
Día Cama hasta 30 días	100	100	50	UF 4,5 x prestación
Día Cama desde día 31	80	80	40	UF 4,5 x prestación
Otros Gastos de Hospitalización (incluye Cirugía Ambulatoria)	100	100	50	UF 40 x evento
Otros Gastos de Hospitalización en Exceso de UF 40	80	80	40	Sin tope*
Deducible CAEC - GES	100			Sin tope*
Cirugía Óptica (5 dioptrías)	100	100	50	UF 15 x ojo
Hospitalización Psiquiátrica	90	90	90	UF 52,5 Anual
Ambulancia Terrestre (50 Km. Radio urbano)	100	100	100	UF 3,5 x prestación
PREFERENTE HOSPITALARIO (REEMBOLSO ISAPRE = O SUPERIOR AL 70% BONIFICACIÓN)				
Día Cama	100	100	50	Sin tope*
Servicios Hospitalarios	100	100	50	Sin tope*
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100	100	50	Sin tope*
HOSPITALIZACIÓN (CLÍNICAS ALEMANA Y LAS CONDES)				
Día cama	80	80	40	4,5 x prestación
Otros gastos de Hospitalización (Servicios Hosp. y H.M.Q.)	80	80	40	Sin tope *
BENEFICIO MATERNIDAD				
Parto Normal	100	100	50	UF 50 x evento
Parto con Operación Abdominal	100	100	50	UF 70 x evento
Complicaciones del Embarazo	Se cubre bajo cobertura Hospitalaria			
Aborto no Voluntario	Se cubre bajo cobertura Hospitalaria			
Parto Múltiple	De acuerdo al % y tope de la cobertura de maternidad			
BENEFICIO AMBULATORIO				
Consultas Médicas	80	80	40	Sin tope *
Consultas Médicas Imed		-	-	
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	80	80	40	Sin tope *
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos Imed		-	-	
Fonoaudiología - Kinesiología	80	80	40	Sin tope*
Marcos y Cristales Ópticos	80	80	40	UF 7 anual
Medicamentos Ambulatorios Marca	80	80	80	Sin tope*
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	90	90	90	Sin tope*
Procedimientos de Diagnóstico	80	80	40	Sin tope *
Procedimientos de Diagnóstico Imed		-	-	

* Tope Anual

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Coberturas	Bonificación (%)			Tope (UF)
	Bono	Libre Elección	Sin Previsión	
BENEFICIO AMBULATORIO				
Procedimientos Terapéuticos	80	80	40	Sin tope*
Productos Dermatológicos (con indicación médica, no preventivo o de embellecimiento con diagnóstico específico)	80	80	80	Sin tope*
Prótesis y Órtesis (incluye Plantillas)	80	80	40	UF 100 anual
Aparatos Auditivos	80	80	40	UF 20 anual
Psicopedagogía	80	80	80	Sin tope*
Tratamiento de Esterilidad	100	100	50	UF 30 x evento
Tratamiento Psicológico	80	80	80	UF 45 anual
Tratamiento Psiquiátrico	80	80	80	UF 45 anual
Tratamientos de Fertilidad	50	50	25	Sin tope*
Atención Preventiva Dental	100	100	100	UF 1,5 anual
TOPE MÁXIMO (*)	UF 250 anual			
TOPE ADICIONAL CATASTRÓFICO	UF 150 anual			
DEDUCIBLE	Sin deducible			

* Tope Anual

POL 320131599 Exclusiones

Cobertura Dental:

Dental Básica Especialidad Ortodoncia (Libre Elección)	80	50	50	UF 80 anual/Regla UCO
Dental Básica Especialidad Ortodoncia (Plan Cerrado con red de prestadores)	100	-	-	

Red Dental Cerrada: El pago de Reembolso será al prestador.

La red considera los siguientes prestadores externos en las ciudades de Arica, Iquique, Antofagasta y La Serena.

- Arica** : Clínica Carla Alucer, y Sergio Melita
- Iquique** : Clínica del Sindicato de la Mínera Collahuasí, Clínica Unique
- Antofagasta** : Clínica Antofagasta, Ceodont
- La Serena** : Clínica Daed, Medident y Sercodent
- Calama** : Clínica Dentis - Pro y Alto del Sol

Prestadores Excluidos de cobertura Total Dental:

Sonia Rocha, Heriberto Vargas Crisóstomo, Clínica Dhentus, Clínica Arisa Ltda.

Bonificación Cobertura Dental (Libre Elección):

- * Prestadores que cobren hasta 50% UCO : 80% de bonificación.
- * Prestadores que cobren desde 51% UCO : 50% de bonificación.

Adicional Catastrófico de UF 150: opera en el entendido de que ante el consumo del tope anual del Seguro Complementario de Salud (UF 250) por parte de un asegurado y por un mismo evento, aumentará el tope en UF 150 anual en forma adicional. El objetivo de este adicional es permitir que dicho asegurado no pierda la posibilidad de obtener los restantes beneficios de la póliza de salud y que no alcanzó a utilizar durante el año póliza. Beneficios que además no son cubiertos por el Seguro Catastrófico adicional de la póliza. Estos son: Maternidad, marcos ópticos, cristales ópticos, aparatos auditivos, psiquiatría / psicología.

SEGURO CATASTRÓFICO

Coberturas	Bonificación (%)			Tope (UF)
	Bono	Libre Elección	Sin Previsión	
BENEFICIO HOSPITALARIO				
Día Cama	100	100	50	Sin tope
Servicios Hospitalarios	100	100	50	Sin tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100	100	50	Sin tope
GES - CAEC	100			Sin tope
Servicio de Ambulancia Terrestre	100	100	100	Sin tope
Día Cama (Clínicas Alemana y Las Condes)	80	80	40	Sin tope
Servicios Hospitalarios (Clínicas Alemana y Las Condes)	80	80	40	Sin tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos (Clínicas Alemana y Las Condes)	80	80	40	Sin tope
BENEFICIO AMBULATORIO				
Consultas Médicas	100	100	50	Sin tope
Procedimientos de Diagnósticos	100	100	50	Sin tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100	100	50	Sin tope
Procedimientos Terapéuticos	100	100	50	Sin tope
Medicamentos Ambulatorios	100	100	100	Sin tope
Prótesis y Órtesis	100	100	100	Sin tope
Radioterapia	100	100	50	Sin tope
Quimioterapia	100	100	50	Sin tope
TOPE MÁXIMO ANUAL	UF 7.500			
DEDUCIBLE	Tope de Salud			

Se deja establecido que el presente seguro otorga cobertura cuando los gastos médicos presentados sean a consecuencia de cualquier patología y se rige, al igual que el Seguro Complementario de Salud, por las Condiciones Generales inscritas en el Registro de Pólizas bajo el Código POL 3 2013 1599. Adicionalmente a las exclusiones expuestas en POL 3 2013 1599 el presente contrato NO contempla cobertura para Maternidad ni sus complicaciones, ni tampoco para Psiquiatría y/o Psicología.

