

Plan Complementario de Salud

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización	70%	5,00 UF		Personal
	Día Cama Hospitalización Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Día Cama UTI/UCI	70%	7,00 UF		Personal
	Día Cama UTI/UCI Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Servicios Hospitalarios	70%			Sin Tope
	Servicios Hospitalarios Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Honorarios Médicos	70%			Sin Tope
	Honorarios Médicos Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Medicamentos Hospitalarios	70%			Sin Tope
	Medicamentos Hospitalarios Hospital Mutual	70%			Sin Tope
	Traumatología Hospitalaria Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	70%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria Hospital Mutual	80%			Sin Tope
	Cirugía Bariátrica			Bajo Beneficio Hospitalario	Sin Tope
	Cirugía Dental por Accidente.			Bajo Beneficio Hospitalario	Sin Tope
Cirugía Reparadora por Accidente.			Bajo Beneficio Hospitalario	Sin Tope	
Cirugía Máxilo Facial	100%		30,00 UF		Personal
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	35,00 UF		Personal
	Cesárea	100%	45,00 UF		Personal
	Complicaciones Embarazo	100%	15,00 UF		Personal
	Aborto no voluntario	100%	15,00 UF		Personal
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	45%		50,00 UF	Personal
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	45%			
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos.	45%			
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	90%			
BENEFICIOS AMBULATORIO	Consultas Médicas	50%	1,00 UF		Personal
	Consultas Médicas Hospital Mutual	60%	1,00 UF		Personal
	Exámenes de Laboratorio	55%			Sin Tope
	Exámenes de Laboratorio Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	55%			Sin Tope
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	50%		100,00 UF	Personal
	Kinesiología	50%			
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Kinesiología Hospital Mutual	100%			Sin Tope

Plan Complementario de Salud - Continuación

	Cobertura	% de Reembolso	Tope Prestación UF	Tope Anual Cobertura UF	Tipo Tope
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología y/o Psicopedagogía	70%	1,50 UF		Personal
	Gastos Hospitalarios	70%		30,00 UF	Personal
BENEFICIOS ESPECIALES	Audífonos	50%		25,00 UF	Personal
	Prótesis y Órtesis	50%		25,00 UF	Personal
	Gastos por Óptica	60%		6,00 UF	Personal
	Servicio de Ambulancia Terrestre	60%		3,00 UF	Personal
	Fonoaudiología	60%	0,50 UF		Personal
	Terapia ocupacional	60%	0,50 UF		Personal
	Día Cama Acompañante niño menor de 14 años (5 días)	70%	5,00 UF		Personal
	Día Cama Acompañante niño menor de 14 años Hospital Mutual (5 días)	100%			Sin Tope
	Parto Múltiple	Según tipo de Parto		50% Adicional al tope por cada hijo nacido vivo	Personal
	Hospitalización Domiciliaria por día	70%	5,00 UF		Personal
	Hospitalización Domiciliaria por día Hospital Mutual	100%			Sin Tope
	Cirugía Ocular	70%			Sin Tope
	Cirugía Ocular Hospital Mutual	80%			Sin Tope
	Deducible GES/CAEC	100%			Sin Tope
	Consulta Nutricionista (Máximo 3 consultas al año)	50%	1,00 UF		Personal
Consulta Nutricionista (Máximo 3 consultas al año) Hospital Mutual	60%	1,00 UF		Personal	
Medicamentos Biológicos e Inmunoterapias	Idem Sistema Previsional de Salud			30,00 UF	Personal

Tope Anual Cobertura en UF	500,00 UF
-----------------------------------	-----------

Consideraciones:

- En aquellos casos donde el Sistema de Salud Previsional, privado o estatal, no otorgue bonificación o el asegurado no este afiliado a un sistema de salud; el seguro considerará el 50% del valor de la prestación para la aplicación de la cobertura del plan, con excepción: Medicamentos ambulatorios, Gastos Dentales, Gastos óptica, Salud Mental, Prótesis, Ortesis y Audífonos.
- Las recetas a permanencia deben ser renovadas cada 6 meses.
- Para Cirugía Bariátrica, se deben cumplir ciertas condiciones: IMC (Índice de Masa Corporal) mayor o igual a 35 y menor a 40, con la presencia de al menos, una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad; Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Gasto debe ser autorizado previamente por contratante
- Para Cirugía Lasik, se requiere un dioptría igual o mayor a 5 en cada ojo. Gasto debe ser autorizado previamente por Contratante.

Plan Ampliado

	Cobertura	Porcentaje Reembolso
Beneficio de Hospitalización	Día Cama	100%
	Día Cama UCI/UTI	100%
	Servicios Hospitalarios	100%
	Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%
	Cirugía Ambulatoria	100%
	Prótesis Implantada en Cirugía	100% hasta el 10% del tope anual
Beneficio Ambulatorio	Consultas Médicas	100%
	Exámenes de Laboratorio	100%
	Exámenes de imagenología, Radiografías, Ultrasonografías y Medicina Nuclear	100%
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	100%
Beneficio de Medicamentos Ambulatorios	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	100%
	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos ni Bioequivalentes	100%
	Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	100%
	Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos.	100%
Beneficios Especiales	Servicio de Ambulancia Terrestre	100%
Tope Anual de la Ampliación de Cobertura UF	1000,00 UF	

Consideraciones:

- Esta cobertura operará una vez consumido el tope de la cobertura de salud.
- En aquellos casos donde el Sistema de Salud Previsional, privado o estatal, no otorgue bonificación o el asegurado no este afiliado a un sistema de salud; el seguro considerará el 50% del valor de la prestación para la aplicación de la cobertura del plan.

Plan Dental

	Cobertura	Porcentaje Reembolso Convenio	Porcentaje Reembolso Libre Eleccion
DENTAL BASICA	Radiología Intraoral	50%	45%
	Higienización o Limpieza	50%	45%
	Endodoncia	50%	45%
	Odontopediatría	50%	45%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	50%	45%
	Cirugía Bucal Simple	50%	45%
	Consulta Dental	50%	45%
DENTAL ESPECIALIDAD	Radiología Oral	50%	45%
	Operatoria Dental Completa	50%	45%
	Periodoncia	50%	45%
	Cirugía Bucal Completa	50%	45%
	Disfunción	50%	45%
	Prótesis Fija	50%	45%
	Prótesis Removible	50%	45%
	Implantes Dentales	50%	45%
	Laboratorio dental	50%	45%
ORTODONCIA	Ortodoncia	50%	45%
Tope Anual Cobertura Dental en UF	14,00 UF		

Consideraciones:

- Para nuevos asegurados, se establece una carencia de 6 meses para prestaciones de Ortodoncia.
- Prestadores en convenio: Red Salud y Uno Salud Dental.

Reembolso Gastos Funerarios

	Cobertura	Monto
Reembolso Gastos Funerarios	Fallecimiento cónyuge o conviviente	UF 15
	Fallecimiento hijos	UF 15
	Fallecimiento cargas padre - madre - nieto - sobrino - hijastro o tuición siempre que sean carga legal	UF 15