

# CUADRO DE BENEFICIOS

## PLAN EMPLEADOS

### Cobertura Gastos Salud

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
<b>N° Beneficios Hospitalización / Días Camas</b>										
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	100%	50%	UF 3	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	80%	80%	40%	UF 3	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Domicilio)	50%	-	100%	100%	50%	UF 3	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	100%	100%	50%	UF 3	-	-	-
<b>N° Beneficios Hospitalización / Demás Gastos Hospital</b>										
5	Demás gastos hospitalarios, en exceso de UF 25 por evento.	50%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	100%	50%				
7	Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	100%	50%				
8	Día Cama UTI (Unidad De Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	100%	50%				
9	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	100%	50%				
10	Día Incubadora	50%	100%	100%	100%	50%				
11	Día Sala Cuna	50%	100%	100%	100%	50%				
12	Insumos Clínicos	50%	100%	100%	100%	50%				
13	Materiales Clínicos	50%	100%	100%	100%	50%	-	-	UF 25	-
14	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	100%	50%				
15	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	100%	50%				
16	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	100%	50%				
17	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	100%	50%				
18	Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	100%	50%				
19	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	100%	50%				
<b>N° Beneficios Hospitalización / Otros Gastos Hospitalarios</b>										
20	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	100%	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
22	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
24	Trasplante Donante Post Mortem (Según Definición)	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
25	Cirugía Rinolaringológica	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
<b>N° Beneficio de Maternidad</b>										
26	Parto Normal	50%	-	100%	100%	50%	-	-	UF 35	-
27	Cesárea	50%	-	100%	100%	50%	-	-	UF 45	-
28	Aborto no Provocado	50%	-	100%	100%	50%	-	-	UF 25	-
29	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	50%	-	100%	100%	50%				
30	Complicaciones del Parto (Según Definición)	50%	-	100%	100%	50%	-	-	UF 45	-
<b>N° Beneficios Ambulatorios</b>										
31	Consulta General	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
32	Consulta de Urgencia	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
33	Consulta Domicilio	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
34	Consulta Especialista	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
35	Exámenes de Laboratorio	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
36	Exámenes Radiológicos	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
37	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
38	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
39	Tratamiento Fonoaudiológico	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
40	Tratamiento Kinesiológicos	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			

41	Cintas Reactivas para Diabetes (Sangre)	50%	-	70%	70%	35%	-	UF 10	-	-
42	Medicamentos de Marca (Incluye Salud Mental)	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
43	Medicamentos Marca en Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
44	Medicamentos Genéricos (Incluye Salud Mental)	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
45	Medicamentos Genéricos En Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	70%	70%	70%	Sin Tope			
46	Mamografía Preventiva	50%	-	70%	70%	35%	-	UF 1	-	-
47	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
<b>N° Beneficio de Salud Mental</b>										
48	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	80%	80%	80%	-	UF 20	-	-
49	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 1 por sesión)	-	-	80%	80%	80%	-	UF 30	-	-
50	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 1 por sesión)	-	-	80%	80%	80%				
51	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 1 por sesión)	-	-	80%	80%	80%				
<b>N° Beneficios Adicionales</b>										
52	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	50%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
53	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	80%	80%	80%	-	UF 10	-	-
54	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	50%	-	50%	50%	25%	-	UF 20	-	-
55	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
56	Plantillas Ortopédicas	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 10	-	-
57	Audífonos	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 10	-	-
58	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	50%	-	70%	70%	35%	Sin Tope			
59	Cirugía por Obesidad Morbida (Según Definición)	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
60	Prótesis	50%	-	80%	80%	80%	-	UF 150	-	-
61	Ortesis (Excluye Lente Intraocular y Silla de Rueda)	50%	-	80%	80%	80%				

#### Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre, el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

(\*\*) Se establece según plan un REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. A excepción de Medicamentos, Salud Mental y Óptica). Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad y aplica a los siguientes Prestadores **CLINICA LAS CONDES, CLINICA ALEMANA, Y RED CHRISTUS.**

(1) PRESTADORES PREFERENTES: según listado que se adjunta.

Deducible (Por Grupo Familiar)	Aplicado después del reembolso del plan	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	TIT. SOLO	UF 0,5
	TIT. + 1 DEP.	UF 1
	TIT. + 2 DEP.	UF 1,5
	TIT. + 3 DEP.	UF 2
<b>Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):</b>	<b>Monto Máximo (anual) año póliza:</b>	
10 UF	POR PERSONA	UF 600