ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA SALUD
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL 3 2022 0141)

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 preventiva 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

PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% 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 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 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
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 y/o bajo las 3 causales	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. 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**	

ANEXO CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA CATASTRÓFICO
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL 3 2022 0141)
Plan Único Seguro Catastrófico

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO		
1.Gastos Hospitalarios	**% Reembolso**	**Tope Anual UF**
H.10. Día cama	100	**Sin tope**
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 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
2.Gastos ambulatorios	**% Reembolso**	**Tope Anual UF**
A.40 y A.43. Medicamentos	50	Sin tope
A.10 Consulta médica	100	Sin tope
A.20. Exámenes	100	Sin tope
A.20. Procedimientos	100	Sin tope
A.46. Drogas Antineoplásicas	80	Sin tope
3.Monto máximo reembolso	**Por grupo familiar**	
Monto asegurado máximo	**UF 2.000**	
4. Periodo de acumulación	**Ver nota**	
Deducible	**UF 25**	
Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia		