

ANEXO N° 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

Coberturas	% Bonificación	TOPE / sesión o anual
------------	----------------	-----------------------

Gastos ambulatorios

Consultas Médicas con bono	80%	sin tope
Consulta Médica particular (con reembolso)	70%	UF 1
Exámenes, Procedimientos y Otros Gastos Ambulatorios Se cubren todos los exámenes de laboratorio, radiografías radiología, imagenología y procedimientos de diagnóstico	80% con bono 70% particular	sin tope
Medios de contraste en exámenes	50%	UF 1
Consulta Nutricionista	80%	UF 0,5 por consulta / Tope 5 consultas al año por beneficiario
Kinesiología	80%	sin tope
Fonoaudiología	80%	sin tope
Cirugía sin internación y procedimientos	80%	sin tope
Medicamentos Ambulatorios: Incluye productos dermatológicos hasta un tope de UF 5 anual por beneficiario	80% marca	UF 30 anual por benef.
	100% genericos	
Atención de Urgencia Ambulatoria : Se consideran los gastos derivados de una urgencia, consultas, exámenes, procedimientos, medicamentos.	80%	sin tope
Insumos en atención de urgencia ambulatoria	80%	UF 3

Tratamientos Psiquiátricos y/o Psicológicos

Consulta Psiquiátrica, Psicológica, Psicopedagogía (tope por sesión UF 1)	80%	UF 20 por beneficiario
Gastos Hospitalarios	80%	UF 40

ANEXO N° 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

Coberturas	% Bonificación	TOPE / sesión o anual
Extensión de Beneficios		
Prótesis	80%	UF 40
Órtesis (Audífonos, Marcapasos, Válvulas)	80%	UF 20
Ambulancia Terrestre (radio 50 Km, sólo urgencias)	80%	sin tope
Insumos y sistemas de apoyo a tratamientos avalados con informe médico (carencia 6 meses para nuevos asegurados)	80%	UF 10
Gastos Trasplante donante vivo	80%	UF 30
Gastos Trasplante donante post mortem	80%	UF 20
Cirugía laser ocular (igual o > a 3 dioptrías / sólo titulares)	80%	sin tope
Marcos y Cristales Ópticos / Lentes de Contacto (con cobertura previsional)	80%	UF 15
Marcos y Cristales Ópticos / Lentes de Contacto (sin cobertura previsional)	60%	UF 4 Marcos UF 11 Cristales

Deducible Anual por grupo familiar	
Titular sólo	UF 0,5
Titular con una carga	UF 1,0
Titular con dos carga	UF 1,5
Gasto Máximo Anual por beneficiario	UF 500

* Los Seguros Complementarios cubren sobre las diferencias no cubiertas por el sistema previsional

- a) Las prestaciones no cubiertas por el sistema de Salud Previsional, serán bonificadas en un 50% del porcentaje establecido en este Plan. Se exceptúa de esta norma los medicamentos ambulatorios
- b) Para prótesis u órtesis se autoriza un evento al año sin cobertura previsional, según bonificación y topes del Plan. Se requiere presentar documentos timbrados por la isapre o Fonasa indicando "sin cobertura" o "sin bonificación"
- c) Toda consulta, tratamiento y/o procedimiento que no sea medicina alópata, no está cubierto por este seguro
- d) Se otorgará cobertura para Sida, que utilice Plan GES
- e) Se bonificarán vitaminas para embarazadas, niño menor de 2 años y cuando exista una patología grave asociada al consumo (será evaluado por compañía). Se debe contar con prescripción médica.
- F) Las definiciones, condiciones, procedimientos y exclusiones que operan para este seguro se encuentran contenidos en una póliza

SEGURO DENTAL		
Coberturas	% Bonificación, sobre Arancel póliza: basado en 50% UCO	
Consultas, Rayos X, Profilaxis	80%	Sin tope
Periodoncia		
Endodoncia		
Prótesis, implantes, coronas (carencia 6 meses)		
Ortodoncia (carencia 6 meses)		

Deducible Anual por grupo familiar	
Titular sólo	UF 1,0
Titular con una carga	UF 2,0
Titular con dos carga	UF 3,0
Gasto Máximo Anual por grupo familiar	UF 44

ANEXO N° 2 : CUADRO DE COBERTURAS SEGURO INTEGRAL

COBERTURA SALUD (Titular y cargas legales cónyuge e hijos)

Coberturas	% Bonificación	TOPE / sesión o anual
------------	----------------	-----------------------

SEGURO GASTO MAYOR

Coberturas		
Hospitalización	100%	Sin Tope
Consultas ambulatorias	100%	Sin Tope
Exámenes y Procedimientos	100%	Sin Tope
Kinesiología / Fonoaudiología	100%	Sin Tope
Cirugía menor sin internación	100%	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios	100%	Sin Tope
Prótesis de alta complejidad	100%	UF 200
Traslado en ambulancia aérea o terrestre	100%	UF 200 por evento
Hospitalización psiquiátrica	100%	UF 200

Maternidad		Tope
Parto Normal	100%	UF 35
Cesarea	100%	UF 45
Aborto no provocado	100%	UF 30

Deducible por Evento Anual	UF 50
Gasto Máximo Anual por beneficiario	UF 5000

SEGURO DE VIDA	
Fallecimiento	24 rentas
Muerte Accidental	48 rentas
Invalidez 2/3 (Primer Dictamen Ejecutoriado)	24 rentas
Capital Mínimo Asegurado	UF 1.250