

Seguro de Salud Complementario

SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD- PLAN ÚNICO

– Valor prima mensual UF 0,99

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		1,5	
Reembolso para gastos sin cobertura Isapre o FONASA o no codificados	43% del ítem respectivo	s/tope por evento	UF 13 (tope anual)
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Consultas médicas: pago vía reembolso	43	UF 0,43 por sesión	Uf 9
Consultas Médicas: pago vía bono (FONASA o Isapre)	60	UF 0.43 por sesión	
Exámenes y procedimientos: pago vía reembolso	34	s/tope	UF 13
Exámenes y procedimientos: pago vía bono (FONASA o Isapre)	51	s/tope	
Cirugía ambulatoria	51	s/tope	UF 34
Medicamentos genéricos o bioequivalentes	68	s/tope	UF 13
Medicamentos de marca	34	s/tope	
PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Consulta	43	UF 0.5 por sesión	UF 9
Hospitalización	43	s/tope	UF 13
GASTOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Óptica (incluyendo marcos)	60	s/tope	UF 3
Prótesis y órtesis (incluyendo audífonos y silla de ruedas)	60	s/tope	UF 13
GASTOS HOSPITALARIOS	% Reembolso	Tope Prest. UF	Tope Anual
Día cama hasta 30 días	68	UF 4 diarias	26 días
Exceso día cama	60	UF 4 diarias	s/tope
Honorarios médicos y servicios hospitalarios	43		s/tope
MATERNIDAD % Reembolso		Tope Prest. UF	Tope Anual
Parto Normal	43	s/tope	UF 13
Cesárea	43	s/tope	UF 17
Aborto no provocado	43	s/tope	UF 9
Monto máximo reembolso	Por asegurado		
Monto asegurado máximo	UF 400		

SEGURO CATASTROFICO – PLAN ÚNICO

1. Gastos Hospitalarios	% Reembolso	Tope Anual UF
Día cama	100	Sin tope
Honorarios médicos	100	Sin tope
Día cama UTI/intermedio	100	Sin tope
Derecho a pabellón	100	Sin tope
Cirugía dental por accidente	100	Sin tope
Servicio ambulancia (50 km)	100	Sin tope
Medicamentos - insumos	100	Sin tope
Servicio enfermería	100	Sin tope
Otros gastos	100	Sin tope
2. Gastos ambulatorios	% Reembolso	Tope Anual UF
Medicamentos	50	Sin tope
Consulta médica	100	Sin tope
Exámenes	100	Sin tope
Procedimientos	100	Sin tope
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	
Exceso día cama	60	UF 4 diarias
Honorarios médicos y servicios hospitalarios	43	

Nota: Se considerará como periodo de acumulación para el monto máximo asegurado de reembolso igual a un año de vigencia

SEGURO DE VIDA – PLAN ÚNICO

	Monto asegurado	Carencia	Otros
Seguro de Vida Plan 1 Único	UF 50	No tiene	Póliza sólo para afiliados titulares. Debe contemplar cobertura para invalidez permanente

SEGURO ATENCIÓN DENTAL

	% Reembolso	Tope por prestación	Otros
Seguro de Vida Plan 1 Único	50%	100% arancel Colegio de Cirujanos Dentistas	En cualquier institución que otorgue las prestaciones
Reembolso para gastos con cobertura Isapre o FONASA	70%		
Límite de reembolso máximo anual por grupo familiar		UF 12	
Deducible		Sin deducible	

PLAN VIDA + ITP 80%

Cobertura	UF
Hasta los 74 años	50
Desde los 75 hasta los 79 años	20
Desde los 80 hasta los 85 años	15

SEGURO DE VIDA ADICIONAL (VOLUNTARIO)

Plan	Prima mensual (en UF)
A – 200 UF	0,075
B – 400 UF	0,150

En el caso de requerir información adicional, escríbanos a bienestar@contraloria.cl