Bupa Cuidado Total 80

Bupa Seguros

Seguro Complementario de Salud

COBERTURAS AMBULATORIAS	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Consulta Médica o Especialidad (Incluyendo consultas de urgencia)	80%	UF 1,3 por consulta	Sin Tope
Nutricionista (con prescripción médica)		UF 1,3 por consulta	
Exámenes de Laboratorio		Sin Tope	
Exámenes de Imagenologia y/o Scanner, RX, Ecografía			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático, PAP			
Cirugía Ambulatoria			
Kinesiología (con prescripción médica)		UF 0,7 por consulta	UF 10
Fonoaudiología (con prescripción médica)		UF 0,7 por consulta	
Consultas Médicas no cubiertas por Sistema Previsional En el caso de las consultas médicas sin bonificación del sistema previsional, se considerará el BMI para otorgar la cobertura del plan, en caso de ser Isapre constituye requisito para su reembolso presentar la boleta con timbre No Bonificable.		Sin Tope	UF 2
COBERTURAS HOSPITALARIAS	**% BONIFICACIÓN**	**TOPE EVENTO**	**TOPE ANUAL**
Día Cama	80%	UF 5 diarios	Sin Tope
Día Cama UTI UCI e Incubadora		UF 7 diarios	
Honorarios Médico Quirúrgicos		Sin Tope	
Derecho a Pabellón			
Insumos y Materiales Clínicos			
Medicamentos Hospitalario y Drogas Antineoplásicas			
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
COBERTURAS DE MATERNIDAD	**% BONIFICACIÓN**	**TOPE EVENTO**	**TOPE ANUAL**
Parto Normal	80%	UF 20,0	Sin Tope
Cesárea		UF 30,0	
Aborto No Voluntario		UF 10,0	
Complicaciones del Embarazo		UF 20,0	
COBERTURAS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	**% BONIFICACIÓN**	**TOPE EVENTO**	**TOPE ANUAL**
Psicología (con prescripción médica) / Psiquiatría, Psicopedagogía Ambulatorio	80%	UF 0,8 por prestación	UF 6
OTRAS COBERTURAS	**% BONIFICACIÓN**	**TOPE EVENTO**	**TOPE ANUAL**
Prótesis y Órtesis*	80%	Sin Tope	General: UF 20 Auditivas: UF 10 (se incluyen dentro del tope general de Prótesis y Órtesis)
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas			UF 40
Injertos Hematopoyéticos			UF 20
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)			UF 3
Cirugía Ocular Laser			UF 10
Cirugía Bariátrica			UF 10
Cirugía Rinolaringológica			UF 10
Disforia de Género			UF 15
Materiales de Vendas, Yeso, Plástico o Similares			UF 5
Trasplante, Gastos Donante Vivo			UF 30
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem			UF 20
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)			Sin Tope
Cobertura Internacional por Accidente			
Coberturas GES/CAEC	100%		

(*) Se excluye la cobertura de prótesis dental, maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas.

MONTO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO
UF 600

BONIFICACIÓN MINIMA (BMI)
Isapre 50%
Fonasa 25%

DEDUCIBLE ANUAL DE UF 1 POR ASEGURADO CON UN MÁXIMO DE UF 3 POR GRUPO FAMILIAR

DEDUCIBLE COSTO $0 EN LA LA RED DE PRESTADORES CON CONVENIO BUPA SEGUROS*

(*) No se considerará deducible, cuando el asegurado realice sus atenciones en la red de prestadores con que cuenta la compañía, el listado de los prestadores incorporados a cada una de las Redes señaladas precedentemente se encuentra disponible en la página web https://www.segurosbupa.cl/seguros/red-prestadores.