



CONSULTA AQUÍ EL DETALLE DEL PLAN

Seguro Complementario de Salud

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Consulta Médica o Especialidad	50%	UF 0,6 por consulta	Sin Tope		
Nutricionista		UF 0,5 por consulta	UF 10		
Exámenes de Laboratorio		Sin Tope		Sin Tope	
Exámenes de Imagenología y/o Scanner, RX, Ecografía				Sin Tope	
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos				Sin Tope	
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático				UF 2	
Cirugía Ambulatoria				Sin Tope	
Kinesiología			UF 10		
Fonoaudiología			UF 10		
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Medicamentos de Marca	30%	Sin Tope	UF 10		
Medicamentos Bioequivalentes de Marca	50%				
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	80%				
Medicamentos Genéricos	100%			Sin Tope	
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Día Cama hasta el día 30	50%	UF 2,0 diarios	Sin Tope		
Exceso Día Cama (desde día 31)		Sin Tope			
Día Cama UTI UCI e Incubadora		UF 2,0 diarios			
Honorarios Médico Quirúrgicos					
Derecho a Pabellón					
Insumos y Materiales Clínicos					
Medicamentos Hospitalario					
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos					
Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos					
Cirugía Bariátrica ¹				UF 10	
Cirugía Septoplastia ¹			UF 10		
Cirugía Maxilofacial por Accidente			UF 10		
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad ¹			UF 10		
Cirugía Reducción Mamaria ¹			UF 10		
Cirugía Reasignación de Sexo ¹			UF 10		
BENEFICIO DE MATERNIDAD		% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL	
Parto Normal	50%	UF 10	Sin Tope		
Cesárea		UF 15			
Aborto No Voluntario		UF 5			
Complicaciones del Embarazo		UF 10			
BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Psicología / Psiquiatría, Psicopedagogía Ambulatorio	50%	UF 0,50	UF 8		
Psicología / Psiquiatría Hospitalaria		Sin Tope			
OTROS BENEFICIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Prótesis y Órtesis (No Dental)	50%	Sin Tope	UF 8		
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas			UF 30		
Aparatos Auditivos			UF 8		
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)			UF 2		
Cirugía Ocular Laser			UF 15		
Materiales de Vendas, Yeso, Plástico o Similares			UF 10		
Trasplante, Gastos Donante Vivo			UF 20		
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem			UF 15		
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)			UF 3		
Traslado Ambulancia Aérea o Marítima			UF 15		
Home Care (Ambulatorio y Hospitalario)			UF 3,50 diarios	UF 30	
Arriendo o Compra de Equipos Médicos Ambulatorios				UF 30	
Coberturas GES/CAEC			100%	Sin Tope	Sin Tope

(1) Prestaciones con carencia 36 meses.

MONTO MÁXIMO ANUAL POR ASEGURADO* UF 350	BONIFICACIÓN MÍNIMA ISAPRE / FONASA (BMI) 50%	DEDUCIBLE ANUAL FAMILIAR (MÁX. 3 DEDUCIBLES) Empleado solo UF 0,5 Empleado con una carga UF 1,0 Empleado con dos o más cargas UF 1,5
--	---	--

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en esta cotización.