

PLAN DE REEMBOLSOS COBERTURA DE SALUD

	COBERTURA	% DE REEMBOLSO	TOPE PRESTACIÓN	TOPE ANUAL COBERTURA UF	TIPO TOPE
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización (hasta 30 días) - Incluye Home Care Tope 5 días.	100%	3,00 UF por día		Personal
	Día Cama Hospitalización (desde día 31)	80%			Sin Tope
	Día Cama UTI/UCI	80%			Sin Tope
	Servicios Hospitalarios	80%			Sin Tope
	Honorarios Médicos	80%	40,00 UF		Personal
	Honorarios Médicos (Exceso Tope)	80%			Sin Tope
	Cirugía Ambulatoria	80%			Sin Tope
BENEFICIOS DE MATERNIDAD	Parto Normal	100%	30,00 UF		Personal
	Cesárea	100%	30,00 UF		Personal
	Complicaciones Embarazo	80%			Sin Tope
	Aborto no voluntario	100%	15,00 UF		Personal
	Parto Múltiple	50% adicional según tipo de parto o cesárea, por hijo nacido vivo.			Sin Tope
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS	Medicamentos ambulatorios no genéricos ni bioequivalentes	70%		30,00 UF	Personal
	Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes	100%			Sin Tope
BENEFICIOS AMBULATORIOS	Consultas Médicas - Bono	80%	1,00 UF		Personal
	Consultas Médicas - Reembolso	70%	1,00 UF		Personal
	Exámenes de Laboratorio - Bono	80%			Sin Tope
	Exámenes de Laboratorio - Reembolso	70%			Sin Tope
	Exámenes Radiológicos - Bono	80%			Sin Tope
	Exámenes Radiológicos - Reembolso	70%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos - Bono	80%			Sin Tope
	Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos - Reembolso	70%			Sin Tope
	Kinesiología y Fonoaudiología - Bono	80%	0,5 UF por Sesión	15,00 UF	Personal
	Kinesiología y Fonoaudiología - Reembolso	70%	0,5 UF por Sesión		

	COBERTURA	% DE REEMBOLSO	TOPE PRESTACIÓN	TOPE ANUAL COBERTURA UF	TIPO TOPE
BENEFICIOS DE SALUD MENTAL	Gastos Ambulatorios por Consultas de Psiquiatría y/o Psicología y/o Psicopedagogía	80%	1,00 UF	25,00 UF	Personal
	Gastos Hospitalarios	50%		25,00 UF	Personal
BENEFICIOS ESPECIALES	Servicio de Ambulancia Terrestre (50 km radio urbano)	100%	10,00 UF		Personal
	Gasto Donante Vivo (Transplante)	100%		20,00 UF	Personal
	Gasto Donante Post Mortem (Transplante)	100%		10,00 UF	Personal
	Audífonos	80%		20,00 UF	Personal
	Prótesis	80%		25,00 UF	Personal
	Órtesis	80%		25,00 UF	Personal
	Gastos por Óptica (Cristales y Marcos)	80%		5,00 UF	Personal
	Cirugía Ocular para Vicios de Refracción	80%		20,00 UF por ojo	Personal
	Yeso	100%		20,00 UF	Personal
	PAD Fonasa	100%		55,00 UF	Personal

TOPE ANUAL COBERTURA EN UF	400,00 UF
----------------------------	-----------

DEDUCIBLE	Por Asegurado (*)		0,00 UF
	Por Grupo Familiar	Titular solo	0,50 UF
		Titular + 1 Carga(s)	1,00 UF
		Titular + 2 Carga(s)	1,50 UF
		Titular + 3 Carga(s)	2,00 UF
		Titular + 4 Cargas o más	2,50 UF

(*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de 2,5 UF por grupo familiar.

PLAN DE REEMBOLSOS COBERTURA DENTAL

	COBERTURA	% REEMBOLSO CONVENIO	% REEMBOLSO LIBRE ELECCIÓN
DENTAL BÁSICA	Radiología Intraoral	50%	50%
	Higienización o Limpieza	50%	50%
	Endodoncia	50%	50%
	Odontopediatría	50%	50%
	Operatoria Dental sin Laboratorio	50%	50%
	Cirugía Bucal Simple	50%	50%
	Consulta Dental	50%	50%
DENTAL ESPECIALIDAD	Radiología Oral	50%	50%
	Operatoria Dental Completa	50%	50%
	Periodoncia	50%	50%
	Cirugía Bucal Completa	50%	50%
	Disfunción	50%	50%
	Prótesis Fija	50%	50%
	Prótesis Removible	50%	50%
	Implantes Dentales	50%	50%
ORTODONCIA	Laboratorio Dental	50%	50%
	Ortodoncia	50%	50%
TOPE ANUAL COBERTURA DENTAL EN UF		20,00 UF	

DEDUCIBLE	Por Asegurado (*)	0,00 UF
	Titular solo	0,50 UF
	Titular + 1 Carga(s)	1,00 UF
	Titular + 2 Carga(s)	1,50 UF
	Titular + 3 Carga(s)	2,00 UF
	Titular + 4 Cargas o más	2,50 UF

(*) El deducible por asegurado se aplicará a un máximo de 2,5 UF por grupo familiar.

Para nuevos asegurados considera período de carencia de 6 meses para las prestaciones de prótesis fijas y removibles, implantes dentales y ortodoncia.

PLAN DE REEMBOLSOS CATASTRÓFICO POR EVENTO

		% DE REEMBOLSO	
COBERTURA		Isapre	Fonasa y otros Sist. Prev. Salud
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	Día Cama Hospitalización	100%	100%
	Honorarios Médicos Quirúrgicas y demás gastos hospitalización	100%	100%
	Cirugía Ambulatoria	100%	100%
	Farmacia, Droga e Insumos (Sólo hospitalización)	100%	100%
	Cirugía Dental sólo por Accidente	100%	100%
	Cirugía Plástica sólo por Accidente	100%	100%

BENEFICIO AMBULATORIO	Consultas Médicas General	100%	100%
	Consultas Médicas Especializada	100%	100%
	Consultas Domiciliaria	100%	100%
	Exámenes de Laboratorio	100%	100%
	Radiología	100%	100%
	Procedimientos	100%	100%
	Farmacias	100%	100%
	Prótesis (Tope Anual de UF 20,00)	100%	100%
	Cobertura en el Exterior	50%	50%
	Enfermera Universitaria	100%	100%

BENEFICIOS ESPECIALES	Servicio de Ambulancia Terrestre 50 km radio urbano	100%	100%
-----------------------	---	------	------

Si por un mismo evento el asegurado ha consumido UF 200 del seguro de salud, se da por satisfecho el deducible y se procede a reembolsar bajo la cobertura de Catastrófico.

TOPE COBERTURA POR ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS (MÁXIMO 4 ASEGURADOS POR GRUPO FAMILIAR)	UF 3.000
TOPE COBERTURA POR ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS (MÁXIMO 4 ASEGURADOS POR GRUPO FAMILIAR)	UF 1.500
TOPE COBERTURA POR ASEGURADO MENOR DE 75 AÑOS (MÁXIMO 4 ASEGURADOS POR GRUPO FAMILIAR)	UF 750

DEDUCIBLE POR EVENTO POR ASEGURADO	200 UF
------------------------------------	--------

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE COBERTURA

A LICITACIÓN SEGUROS SALUD- DENTAL:

- ♥ **Si los gastos médicos no se encuentran cubiertos por el sistema de salud previsional** (Isapre o Fonasa), se reembolsará el 50% de la bonificación del cuadro de beneficios. En este caso, se deben presentar los documentos originales timbrados como NO REEMBOLSABLE por parte de Isapre o Fonasa. Se exceptúan medicamentos ambulatorios, deducible GES/CAEC y dental.
- ♥ **BMS 50% en ambulatorio:** Si los gastos médicos tienen bonificación previsional, pero es igual o menor a 50%, se reembolsará el 50% de la bonificación del cuadro de beneficios sobre monto de la prestación, para prestaciones de consultas médicas, exámenes de laboratorio y radiológico, kinesiología, fonoaudiología, procedimientos de diagnóstico y terapéutico, cirugía ambulatorios e insumos.
- ♥ **Cirugía ocular** Se bonificará, siempre y cuando, el asegurado tenga un año de vigencia en la póliza, esté debidamente reembolsada por la Isapre o Fonasa y que tenga dioptrías iguales o superiores a 5. Se entiende por evento cada ojo.
- ♥ **Cobertura en el exterior:** Se bonificará siempre y cuando, sea urgencia, emergencia o porque el tratamiento prescrito no existe en Chile.
- ♥ **Home Care:** Se otorga cobertura de Home Care, médicamente prescrita, reembolsándose los gastos bajo los mismos beneficios que Día Cama. Se excluyen los tratamientos para fines de rehabilitación y de asegurables inválidos permanentes.
- ♥ **Obesidad Mórbida:** Se cubrirá si el IMC es mayor o igual a 40 o si el IMC es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2, Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad, Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Se pagará los gastos efectivamente incurridos, provenientes de una hospitalización que incurra un asegurado después de haber cumplido el período de carencia de 36 meses.
- ♥ **Prestaciones con derivación del Médico Tratante:** En las prestaciones como Psicología, Psiquiatría, Kinesiología, Fonoaudiología y Psicopedagogía es requisito que sean derivadas por un profesional médico, el cual deberá extender una orden médica donde señale el tipo de tratamiento.
- ♥ **Controles de ortodoncia dental:** se bonificará 1 control mensual.

Mayor información de cobertura consultar al ejecutivo de la Compañía de Seguros Vida Cámara o al Generalista de Personas de su sede.