

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"							
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN							
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	50%	100%	80%	80%	40%	UF 3	Diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	50%	100%	80%	80%	40%	UF 3	Diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	50%	--	80%	80%	40%	UF 3	Diario
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	50%	--	80%	80%	40%	UF 5	Diario
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	50%	100%	70%	70%	35%	UF 20	Por evento
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	50%	100%	70%	70%	35%		
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	50%	100%	70%	70%	35%		
Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	70%	70%	35%		
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	50%	100%	70%	70%	35%		
Derecho Pabellón	50%	100%	70%	70%	35%		
Honorarios Médicos	50%	100%	70%	70%	35%	Sin Tope	año póliza por asegurado
En exceso de <b>UF 20</b> por evento	50%	100%	70%	70%	35%		
Bono Pad Fonasa Hospitalario	--	--	100%	--	--	UF 55	año póliza por asegurado
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	50%	--	80%	80%	40%	UF 3	año póliza por asegurado
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Accidente	50%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	50%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Gasto Donante Vivo	50%	--	100%	100%	50%	UF 30	año póliza por asegurado
Cirugía Bariátrica	50%	--	80%	80%	40%	UF 15	año póliza por asegurado
Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	--	70%	70%	35%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	50%	--	70%	70%	35%	UF 10	año póliza por asegurado
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD							
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	50%	--	100%	100%	50%	UF 26	por evento anual
Cesárea	50%	--	100%	100%	50%	UF 52	por evento anual
Aborto Espontáneo	50%	--	100%	100%	50%	UF 15	por evento anual
Parto Múltiple	50%	Se aumenta en 100% el tope en caso de parto múltiple					
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	50%	--	100%	100%	50%	UF 30	año póliza por asegurado
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	50%	--	100%	100%	50%	UF 21	año póliza por asegurado
C) BENEFICIO AMBULATORIO							
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	50%	80%	80%	70%	35%	UF 1,0	Por prestación
Consulta Nutricionista	50%	80%	70%	70%	35%	UF 1,0	año póliza por asegurado
Exámenes de Laboratorio	50%	--	70%	65%	33%	UF 20	año póliza por asegurado
Exámenes Radiológicos	50%	--	70%	65%	33%		año póliza por asegurado
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	50%	--	65%	65%	33%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Procedimientos Terapéuticos ( <i>incluye medicamentos</i> materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	50%	--	65%	65%	33%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	50%	--	65%	65%	33%	UF 15	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	50%	--	80%	80%	40%	Sin Tope	año póliza por asegurado

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS							
Descripción Prestación	% Reembolso					Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos <i>(a través de convenio )</i>	100%					Sin Tope	año póliza por asegurado
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos <i>(sin convenio )</i>	100%						
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos <i>(sin convenio)</i>	100%						
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos <i>(sin convenio)</i>	100%						
Medicamentos <b>NO</b> Genéricos y Bioequivalentes <b>NO</b> Genéricos <i>(a través de convenio )</i>	50%					UF 20	año póliza por asegurado
Medicamentos <b>NO</b> Genéricos y Bioequivalentes <b>NO</b> Genéricos <i>(sin convenio)</i>	50%						
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores <b>NO</b> Genéricos <i>(sin convenio)</i>	50%						
Medicamentos Antineoplásicos <b>NO</b> Genéricos <i>(sin convenio)</i>	50%						
Tratamiento para el crecimiento	50%						año póliza por asegurado
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL							
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF Por Sesión / Por Prestación	Tope UF Anual
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	--	--	80%	80%	40%	UF 0,8	UF 25
Consulta o Sesiones Psicológicas	--	--	80%	80%	40%	UF 0,8	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	--	--	80%	80%	40%	UF 0,8	
Tratamiento de Terapia Ocupacional	--	--	80%	80%	40%	UF 0,5	
Hospitalización Psiquiátrica	--	--	80%	80%	40%	--	
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico <i>(a través de convenio)</i>	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS						
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico <i>(sin convenio)</i>							
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica <b>NO</b> genérico <i>(a través de convenio)</i>							
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica <b>NO</b> genérico <i>(sin convenio)</i>							
F) OTROS BENEFICIOS							
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	50%	--	70%	70%	35%	UF 50	año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	50%	--	80%	80%	40%	UF 5	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	50%	--	80%	80%	40%	UF 8	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular b)	50%	--	80%	80%	40%	UF 5	año póliza por asegurado
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	50%	--	70%	70%	35%	UF 20	año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	50%	--	70%	70%	35%		año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	50%	--	65%	65%	33%	Sin Tope	año póliza por asegurado
Gastos hospitalarios y ambulatorios en el extranjero	La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al limite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa. En el evento que plan no defina esta condición, o el porcentaje de aporte sea menor a un 50%, se establece para este beneficio un 50% como aporte mínimo de la institución de salud Isapre o Fonasa.						
Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC	100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.						
AMPLIACION COBERTURA							
<b>MATERNIDAD (Ampliación):</b> Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de <u>Embarazos Preexistentes</u> que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto, si fuere el caso que esta cobertura la considere el plan de beneficios en forma separada de los eventos "parto y cesárea".							
OBSERVACIONES							
<b>APORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA:</b> En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso que el reembolso de la institución de salud (Isapre o Fonasa) sea menor al porcentaje mínimo establecido, la compañía considerará como reembolso de la institución de salud previsional, el porcentaje de aporte mínimo señalado en el cuadro de beneficios, aplicando el porcentaje de reembolso del presente seguro sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte minino señalado. Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, también procede lo indicado, en consecuencia el reembolso del presente seguro para esta modalidad de reembolso, aplicará sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte minino señalado.							
<b>(1) % REEMBOLSO PRESTADORES PREFERENTES INSTITUCIONALES:</b> 100% hasta <b>UF300</b> o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario correspondiente. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: <a href="http://www.vidasecurity.cl">www.vidasecurity.cl</a>							
<b>Servicio Ventanilla Única:</b> para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: <a href="http://www.vidasecurity.cl">www.vidasecurity.cl</a>							
MONTO MÁXIMO				Deducible por Grupo Familiar			
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado			UF 500	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo		UF 0,50
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado cobertura excepcional (para los asegurados en proceso de evaluación)			UF 10		Titular con 1 carga		UF 1,00
					Titular con 2 o + cargas		UF 1,50