

N° 17: CUADRO DE BENEFICIOS

EMPLEADOS BIENESTAR

Cobertura Gastos Salud

	Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación	Tope por Grupo Familiar
N° Beneficios Hospitalización / Días Camas										
	BMI									
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	100%	100%	50%	UF 3,5	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	80%	80%	40%	UF 3,5	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	100%	80%	80%	40%	UF 3,5	-	-	-
N° Beneficios Hospitalización / Demás Gastos Hospital										
4	Demás gastos hospitalarios, en exceso de UF 40	50%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope			
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	100%	100%	50%				
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	100%	100%	50%				
7	Día Cama UTI (Unidad De Tratamiento Intensivo)	50%	100%	100%	100%	50%				
8	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	100%	100%	50%				
9	Día Incubadora	50%	100%	100%	100%	50%				
10	Día Sala Cuna	50%	100%	100%	100%	50%				
11	Insumos Clínicos	50%	100%	100%	100%	50%				
12	Materiales Clínicos	50%	100%	100%	100%	50%				
13	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	100%	100%	50%	-	-	UF 40	-
14	Exámenes Radiológicos	50%	100%	100%	100%	50%				
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	100%	100%	50%				
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	100%	100%	50%				
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	100%	100%	50%				
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	100%	100%	50%				
19	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	100%	100%	100%	50%				
20	Cirugía Reparadora por Accidente	50%	100%	100%	100%	50%				
21	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	100%	100%	100%	50%				
N° Beneficios Hospitalización / Otros Gastos Hospitalarios										
22	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 30	-	-
23	Trasplante Donante Post Mortem (Según Definición)	50%	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
24	Cirugía Reparadora por Enfermedad (según definición)	Bajo Hospitalización								
N° Beneficio de Maternidad										
25	Parto Normal	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 20	-
26	Cesárea	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 30	-
27	Aborto no Provocado	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 10	-
28	Complicaciones del Embarazo y Parto (Según Definición)	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
29	Partos Múltiples	50% del tope según tipo de parto por cada hijo nacido vivo								
30	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
N° Beneficios Ambulatorios										
31	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
32	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
33	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
34	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
35	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
36	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
37	Mamografía Preventiva	-	-	70%	70%	35%	-	UF 1	-	-
38	Consulta Nutricionista	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			

39	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	-	-	100%	100%	100%	-	-	-	UF 40	-
40	Consulta General	-	-	80%	70%	35%					
41	Consulta de Urgencia	-	-	80%	70%	35%				UF 1	-
42	Consulta Domicilio	-	-	80%	70%	35%					
43	Consulta Especialista	-	-	80%	70%	35%					
44	Medicamentos de Marca (Incluye Salud Mental)	-	-	50%	50%	50%					
45	Medicamentos Marca en Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	50%	50%	50%					UF 25
46	Medicamentos Genéricos (Incluye Salud Mental)	-	-	100%	100%	100%					
47	Medicamentos Genéricos En Convenio (Incluye Salud Mental)	-	-	100%	100%	100%					
N° Beneficio de Salud Mental											
48	Tratamiento Déficit Atencional	-	-	80%	40%	40%	-	UF 5	-	-	-
49	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0 por sesión)	-	-	70%	70%	70%					
50	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0 por sesión)	-	-	70%	70%	70%					
51	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0 por sesión)	-	-	70%	70%	70%	-	UF 40	-	-	-
52	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	70%	70%	70%					
53	Tratamientos de Terapia Ocupacional	-	-	70%	70%	70%					
N° Beneficios Adicionales											
54	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-	-
55	Gastos Ópticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	70%	70%	70%	-	UF 8	-	-	-
56	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	80%	80%	80%	-	UF 20	-	-	-
57	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 40	-	-
58	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	70%	70%	35%	Sin Tope				
59	Cirugía por Obesidad Morbida (Según Definición)	Bonificable según plan (Ambulatorio u Hospitalario)									
60	Prótesis	-	-	70%	70%	70%					
61	Ortesis (Excluye Lente Intraocular y Silla de Rueda)	-	-	70%	70%	70%					
62	Prótesis Mayor Complejidad (Según Definición)	-	-	70%	70%	70%	-	UF 120	-	-	-
63	Plantillas Ortopédicas	-	-	70%	70%	70%					
64	Audífonos	-	-	70%	70%	70%					
Otros											
<p>GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.</p> <p>Deducible cobertura AUGE O GES y CAEC: Reembolso 100% del deducible que aplique el sistema institucional al cual el asegurado se encuentre afiliado. Todo los excedentes no cubiertos por el sistema institucional y que no correspondan al deducible, serán reembolsados según plan. Deducible máximo a cubrir al 100%, UF 126, el cual es equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF 60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.</p> <p>BENEFICIO MATERNIDAD, se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de embarazos preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.</p> <p>BMI: Se establece 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.</p> <p><u>(BMI al 50%, aplica a prestaciones hospitalarias, según plan Bono/LE/SCIF, con las siguientes Clínicas: Alemana, Las Condes, San Carlos de Apoquindo y Los Andes).</u></p> <p>PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta. (* Se excluyen de cobertura normal los siguientes Prestadores: Cl. Alemana (Rut 96770100-9, 77413290-2, 76436880-0, 96809780-9), Cl. Las Condes (Rut. 99930000-7), Servicios Clínicos San Carlos (Rut 99582020-K) siendo su reembolso en Libre Elección al 70%.</p>											
Deducible (Por Grupo Familiar)				Aplicado después del reembolso del plan							
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan				TIT. SOLO				UF 1			
				TIT. + 1 DEP.				UF 2			

	TIT. + 2 DEP. UF 3
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):	Monto Máximo (anual) año póliza:
10 UF	POR PERSONA UF 400
	Asegurados > de 66 años y hasta 75 años:UF250 por Beneficiario

Definiciones adicionales a cuadros de cobertura.

- **Día Cama Home Care** : Esta cobertura corresponde a gastos que deben ser efectuados en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la Cía. En caso de ser autorizado el pago por el médico contralor, se debe considerar en día cama: El arriendo del catre clínico, atención de enfermería, los insumos no personales, es decir agujas, bajadas de suero, oxígeno, etc. Medicamentos, Kinesiterapia, exámenes deben pagarse con el tope del plan para estos ítem hospitalarios.
- **Cirugía Reparadora por Enfermedad:** Toda cirugía Reparadora por Enfermedad tendrá cobertura bajo ítem hospitalario, siempre y cuando no sea preexistente, según exclusión del condicionado general.
- **Gasto Donante Vivo** : Se cubrirán todos aquellos gastos provenientes de: estudios de histocompatibilidad, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano (ectomía). exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos (0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho, el traslado del órgano, la conservación del órgano y, los gastos de la hospitalización del donante si este es asegurado de la póliza y el receptor es un familiar directo (cónyuge, o conviviente e hijos").
- **Gasto Donante Post-Mortem** : Se cubrirán todos aquellos gastos provenientes de: Estudios de histocompatibilidad, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano (ectomía) del donante cadáver. Exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA) por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos (0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho, el traslado del órgano, la conservación del órgano, y los gastos provenientes de la hospitalización del donante.
- **Complicaciones solamente del Parto** : Son aquellos eventos producidos por el embarazo que son favorecidos por esta condición y que terminan en parto finalmente, se consigna en este ítem, circular del cordón, trabajo de parto prolongado, distosia del parto (de posición del feto), distosia de la pelvis, etc.
- **Complicaciones del embarazo** : Complicación del embarazo es todo evento o complicación asociado exclusivamente a la condición de embarazo y que no termina en parto o cesárea o aborto. Ej diabetes gestacional, pre-eclampsia, eclampsia, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro. Colestasia intrahepática del embarazo, etc. Embarazo Ectópico se cubre como aborto. Esta condición se cubrirá en el ítem respectivo cuando este definido en la póliza como tal.
- **Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad c/s int.:** serán cubiertos de acuerdo a la cobertura especificada en el cuadro de beneficios y según la siguiente definición: Son todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la

causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios (exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios (cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distosias uterinas etc.).

- **Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):** Es aquel tratamiento quirúrgico realizado a un paciente cuyo IMC es igual o superior a 40. También por convención se puede aceptar a aquel IMC mayor a 35, pero que acompañe de comorbilidad directa (HTA, diabetes, trastorno del aparato locomotor, artrosis, etc.) el tratamiento medico, no incluye gimnasio, ni pastillas para bajar de peso.

- **Cirugía Ocular :** Comprende todos los gastos relacionados a la cirugía tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente:
 - a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular:
Se considerará para dar cobertura, que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 2 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 24 meses.
 - b) Cirugía general por otros diagnósticos, no incluidos en a): Tendrá cobertura la presente cirugía, ya sea por enfermedad o por accidente cuando la ocurrencia de dicho evento sea posterior al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. En caso de cumplir con lo anterior, el asegurado deberá acreditar la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y con todos los exámenes que lo respalden.
- 2) **Medicamentos Oncológicos:** Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopáticos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
- 3) **Tratamiento de Kinesiología :** Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.

DENTAL

ARTÍCULO N° 2: EXCLUSIONES PÓLIZA DENTAL

La presente cláusula adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por:

1. Gastos que se encuentren cubiertos en el seguro principal, incluidos sus excesos.
2. Cualquier tratamiento dental iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para el asegurado, y aquellos gastos por tratamientos pagados y terminados después de la fecha de término de la vigencia del asegurado en la póliza.
3. Las exclusiones señaladas en las condiciones generales de la póliza principal, excepto la exclusión c) del artículo 3 de dicha póliza.
4. Tratamientos con fines estéticos como blanqueamiento dentario, mediante peróxido u otros compuestos con y sin láser.
5. Gastos de materiales de oro y titanio.
6. Aplicación de bótox o equivalentes.
7. Gastos que no estén expresamente indicados en el Cuadro de Beneficios detallado en las condiciones particulares de la póliza, como asimismo, gastos de exámenes a través de nuevas tecnologías no reconocidas por el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G., y no registrados en "Aranceles de Referencia". Para otorgar cobertura, deberán contar con el pronunciamiento de la compañía aseguradora.
8. Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en título II, artículo 4°, punto 7° de estas condiciones generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la compañía aseguradora deberá consultar al asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura. En las condiciones particulares se establecerán las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el asegurable, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la póliza.