

SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN B

Condicionado General POL 3 10 081

Complementario



Deducible Familiar	TOPE ANUAL POR BENEFICIARIO UF :	350
	Titular Sólo :	0,5
	Titular con 1 Dependiente :	1,0
	Titular con 2 o más Deptes.:	1,5

		Reembolso %	Tope		
			Anual (UF)	Evento (UF)	Anual (n°)
A - PRESTACIONES AMBULATORIAS					
A10 -	Consultas Médicas	80%		0,5	
A20 -	Exam. Lab. y Procedimientos ^(1°)	80%	10		
A23 -	Cirugía Ambulatoria	80%	10		
A30 -	Tratam. Kinesiología o Fonoaudiología	80%	10		
A40 -	Medicamentos ambulatorios	50%	10		
H - PRESTACIONES HOSPITALARIAS					
H10 -	Día Cama Hasta 30 días	80%		3	
H11 -	Día cama en Exceso 30 Días	80%		6	
H22 -	Hon. Médicos y Serv. Hospitalarios ^(2°)	80%			
H25 -	Obesidad Morbida ^(3°)	80%	10		
M - PRESTACIONES DE MATERNIDAD					
M10 -	Parto Normal	100%	10		
M20 -	Aborto no Provocado	100%	5		
M30 -	Cesarea	100%	15		
M40 -	Complicaciones del Embarazo	100%	10		
S - PRESTACIONES SIQ. Y SICOLÓGICAS					
S22 -	Cons., Tratam. y Hosp. Siquiatr./Sicolog./Psicoped.		10		
	A) Gastos Hospitalarios	70%			
	B) Consultas y Tratamiento	70%		0,5	
V - PRESTACIONES VARIAS					
	Audifonos	70%	5		
	Cirugía Laser Optica (Dioptría mayor que 5)	70%	3		
V21 -	Prótesis y Órtesis	70%	15		
V34 -	Marcos / Cristales / Lentes Contacto	70%	3		
V50 -	Ambulancia (Hasta 50 Km)	70%	5		
E10 -	Cobertura en el Extranjero (% plan original) según condiciones particulares.	Idem Plan			

(1*) Incluye estudio preventivo de la mama.

(2*) Incluye UTI y UCI.

(3*) Siempre y cuando sea cubierto por la Isapre o Fonasa, sólo casos con Índice de Masa Corporal superior a 40 (IMC).-

El presente adicional de Salud otorga cobertura, "sólo" después que los asegurados han hecho uso de su sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa).