

COBERTURAS DE VIDA

Fallecimiento	24 rentas
Muerte Accidental	24 rentas
Invalidez Accidental	24 rentas
Invalidez Total y Permanente TP 2/3	24 rentas

COBERTURA DE SALUD

Beneficio de Hospitalización

	% Bono	% L.E.	Tope	Tope Anual
Día Cama Hospitalización	80%	80%	UF 3 Diario	Sin tope
Servicios Hospitalarios				
Día Cama UTI / UCI				
Sala de Urgencia				
Derecho de Pabellón				
Examen de Laboratorio e Imágenes	80%	80%		Sin tope
Ultrasonograma y Medicina Nuclear				
Procedimientos Especiales, equipos				
Insumos y Medicamentos				
Otros Prescritos por médico tratante				
Honorarios Médico Quirúrgicos				
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	50%	50%		UF 5
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		Sin tope

Beneficio Maternidad

Parto Normal	100%	100%		UF 20
Parto por Cesárea	100%	100%		UF 30
Aborto involuntario	100%	100%		UF 10
Complicaciones del Embarazo	80%	80%		Sin tope

Beneficio Ambulatorio

Consulta Médica	80%	80%	UF 1 Diario	Sin tope
Exámenes de Laboratorio	80%	80%		UF 20
Exámenes de imagenología, ultrasonido y medicina nuclear	80%	80%		
Procedimientos de diagnósticos	80%	80%		UF 20
Procedimientos Terapéuticos (incluye los insumos ambulatorios no asociado a una cirugía)	80%	80%		
Kinesiología	80%	80%		UF 15
Fonoaudiología	80%	80%		UF 15
Cirugía ambulatoria	80%	80%		UF 70
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		Sin Tope

Beneficios Medicamentos Ambulatorios

Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	60%	60%		UF 30
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%		

Beneficio Salud Mental

Gastos Ambulatorios				UF 10
Consulta Psiquiatría	50%	50%	UF 0,5	
Consulta Psicología	50%	50%	UF 0,5	
Consulta Psicopedagogía	50%	50%	UF 0,5	
Gastos Hospitalarios	50%	50%		

Beneficios Adicionales

Gastos Opticos	80%	80%		UF. 4
Cirugia para la corrección de vicios de refraccion(>= 3 dioptrias)	80%	80%		UF 20 por cada ojo
Pròtesis y Ortesis	80%	80%		UF 50

Beneficios Especiales Propios de la Poliza

Tratamiento Obesidad Mórbida: Medicamentos Gastos Ambulatorios Gastos Hospitalarios	80%	80%		UF 10
Hormonas del Crecimiento y relacionadas	60%	60%		UF 10
Nutricionista	80%	80%	UF 0,5	UF 5
Cobertura en el Extranjero	Idem plan cobertura Salud			

OTROS BENEFICIOS

Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional	50%
Servicio I-MED	Si considera
Convenio Tarjeta Farmacia	Salcobrand

Deducible Anual por Grupo Familiar

Titular Solo	UF 0,5
Titular mas 1 carga	UF 1,0
Titular dos o mas cargas	UF. 1,5

TOPES DE PÓLIZA

Tope Máximo Anual por Beneficiario	UF 300
---	---------------

TOPE ANUAL ADICIONAL CATASTROFICO POR EXTENSION (IDEM PLAN SALUD)

UF 2000

COBERTURA DENTAL

COBERTURA DENTAL	Porcentaje	Tope Prest.	Tope Anual
Consulta dental	50%	1 vez arancel Dental Consorcio	UF 40
Cuidado Dental rutinario			
Cirugía			
Endodoncia			
Radiografías			
Laboratorio			
Odontopediatría			
Operativa Bucal			
Periodoncia			
Medicamentos			
Urgencias			
Implantes			
Ortodoncias			
Prótesis Fijas			
Prótesis Removibles			
6 MESES DE CARENIA EN ORTODONCIA Y PROTESIS			

Deducible Anual por Grupo Familiar

Titular sin cargas	UF 0,5
Titular con 1 carga	UF 1,0
Titular con 2 o mas cargas	UF. 1,5

CONVENIO FARMACIAS



CONVENIO IMED EN LINEA

