

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

BENEFICIOS HOSPITALARIO	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente (*)	Tope Evento	Tope Anual
Día cama General	90%	100%	2UF	Sin Tope
Exceso de día cama sobre 30 días	90%	100%	2UF	
Día cama UTI/UCI	90%	100%	Sin Tope	
Honorarios médicos	70%	80%	100UF	
Servicios Hospitalarios	70%	80%		
Tratamiento Obesidad Mórbida (Cirugía Bariátrica)	70%	80%		
Cirugía Máxilo facial por accidente	70%	80%		
Cirugía Maxilofacial por enfermedad	70%	80%		
Gastos por Transplante donante vivo	70%	80%		
Gastos por Transplante post mortem	70%	80%		
Exceso Hospitalario de UF100	50%	60%	Sin Tope	Sin Tope
Hospitalario GES	100%	-----	Sin Tope	Sin Tope
BENEFICIO DE MATERNIDAD	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente (*)	Tope Evento	Tope Anual
Parto normal	100%	-----	Sin Tope	10 UF
Parto por cesárea	100%	-----		20 UF
Aborto no voluntario (Espontáneo) y aborto en 3 causales despenalizadas por la ley.	100%	-----		10 UF
Complicaciones del embarazo	100%	-----		10 UF
Complicaciones del parto	100%	-----		10 UF

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente (**)	Tope Evento	Tope Anual
Consulta médica con bono	50%	100%	0,5 UF	Sin Tope
Consulta médica con reembolso	50%	100%	0,5UF	Sin Tope
Exámenes Laboratorio y radiológicos con bono	50%	100%	2UF	20 UF
Exámenes Laboratorio y radiológicos con reembolso	50%	100%	2UF	
Exámenes de diagnóstico: de Laboratorio	50%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimiento de diagnóstico (incluye yeso) con bono	50%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimiento de diagnóstico (incluye yeso) con reembolso	50%	100%		20 UF
Procedimientos terapéuticos con bono (incluye procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por sistema de salud.	60%	100%		20 UF
Procedimientos terapéuticos con reembolso (incluye procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por sistema de salud.	60%	100%		20 UF
Terapia Ocupacional con bono	60%	-----		20 UF
Terapia Ocupacional con reembolso	60%	-----		20 UF
Kinesiología con bono	60%	-----		15 UF
Kinesiología con reembolso	60%	-----		15 UF
Cirugía Láser Ocular*	60%	-----	Sin Tope	15 UF
Cirugía Ocular (excluye láser)	60%	-----		15 UF
Cirugía Ambulatoria	60%	-----		15 UF
Fonoaudiología con bono	60%	-----	0,4UF	10 UF
Fonoaudiología con reembolso	60%	-----	0,4UF	10 UF
Ambulatorio GES	100%	-----	Sin Tope	Sin Tope
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente	Tope Evento	Tope Anual
Medicamentos Marca	40%	-----	Sin Tope	20UF
Medicamentos marca convenio Salcobrand, Cruz Verde, Ahumada	40%	-----	Sin Tope	
Medicamentos genéricos	100%	-----	Sin Tope	
Medicamentos genéricos convenio Salcobrand, Cruz Verde, Ahumada	100%	-----	Sin Tope	
Drogas Antineoplásticas	40%	-----	Sin Tope	
Drogas Inmunosupresoras	40%	-----	Sin Tope	
BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente	Tope Evento	Tope Anual
Consulta o sesiones (Psiquiátrica, Psicológica y Psicopedagogía)	60%	-----	0,5 UF	Sin Tope
Hospitalización Psiquiátrica	50%	-----	Sin Tope	10 UF

OTROS BENEFICIOS	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente	Tope Evento	Tope Anual
Prótesis y Órtesis	60%	-----	Sin Tope	15 UF
Plantillas Ortopédicas	60%	-----		16 UF
Aparatos auditivos	60%	-----		Sin Tope
Marcos, cristales ópticos	50%	-----		4 UF
Servicio Ambulancia (aérea y terrestre)	60%	-----		10 UF
Consulta Nutricionista	60%	-----	0,5UF	Sin Tope
Bono PAD	100%	-----	Sin Tope	Sin Tope
Patologías y malformaciones congénitas	80%	-----	Sin Tope	10 UF
Estudios y tratamientos por talla baja, gigantismo y todo tipo de hormonas del crecimiento en menores de 14 años, previa evaluación de diagnóstico.	60%	-----	Sin Tope	10 UF
Tipo de Deducible	SIN DEDUCIBLE			
Cobertura en el Extranjero	50% Reembolso			
Bonificación Mínima (BMI)	30%			
Tope Máximo Anual por Beneficiario	UF 300			

Prestadores Preferentes		
Prestación	Clínica Dávila/Vespucio	Clínica Santa María
Consultas Médicas	70%	60%
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	70%	60%

PRESTADORES PREFERENTES	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
CLINICA VESPUCIO	CLÍNICA VESPUCIO SpA	96.898.980-4
CLINICA VESPUCIO	SERVICIOS MEDICOS VESPUCIO LTDA	76.696.200-9
CLINICA DAVILA	CLINICA DAVILA Y SERVICIOS MEDICOS	96.530.470-3
CLINICA DAVILA	SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD	79.980.070-5
CLINICA SANTA MARIA	CLINICA SANTA MARIA SPA	90.753.000-0
CLINICA SANTA MARIA	SERVICIOS MEDICOS SANTA MARIA LTDA.	77.200.240-8

PLAN AMPLIADO DE SALUD

BENEFICIOS HOSPITALARIOS	REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Día Cama	100%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos	100%	Sin Tope	Sin Tope
Servicios Hospitalarios	100%	Sin Tope	Sin Tope
BENEFICIOS AMBULATORIOS	REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Cirugía Ambulatoria	100%	Sin Tope	Sin Tope
Consulta General	100%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes Laboratorio y Radiológicos	100%	Sin Tope	Sin Tope
Procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos.	100%	Sin Tope	Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología y Medicina Física	100%	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios	50%	Sin Tope	Sin Tope
Yeso	100%	Sin Tope	Sin Tope
Drogas Oncológicas, Inmunosupresoras y Antineoplásicas	50%	Sin Tope	Sin Tope
Sin cobertura Isapre o Fonasa	50%	Sin Tope	Sin Tope
OTROS BENEFICIOS	REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Traslado en Ambulancia	100%	Sin Tope	UF 5,00
Prótesis y Ortesis	100%	Sin Tope	UF 20,00
IV. Deducible	UF		
Es anual y por asegurado (corresponde al consumo del tope anual del seguro complementario de salud)		300	
El deducible es acumulativo durante el año póliza			
V. Monto Máximo Anual			
UF 1.000 Anual por Asegurado (año póliza)			

La cobertura de Salud Complementario Ampliado contempla:

- Período de acumulación del deducible de 1 año, o hasta el término de la vigencia de la presente póliza, lo que ocurra primero.
- Acumulación del deducible por asegurado.

Prestaciones No Cubiertas por Isapre o Fonasa

Los gastos incurridos y sin cobertura de Isapre/Fonasa serán reembolsados en los porcentajes estipulados en la póliza sobre el 50% del gasto presentado, debiéndose acreditar la no cobertura, mediante el timbre NO BONIFICABLE. Este procedimiento no se aplicará para la prestación de Medicamentos Ambulatorios, Marcos, Cristales, Lentes de Contacto, Psicología, Psiquiatría, Hospitalización Psiquiátrica, GES / CAEC / AUGE y Servicio de Ambulancia, las cuales se pagarán de acuerdo al Plan de Salud.

PLAN DENTAL

Prestaciones	% Reembolso Libre Elección	% Reembolso Integramédica	Tope Anual Individual
DENTAL BÁSICA			
Radiología Entrarla			
Higienización, Limpieza y General			
Endodoncia			
Odontopediatria			
Operatoria Dental Sin Laboratorio			
Cirugía Bucal Simple			
DENTAL ESPECIALIDAD			
Radiología Oral			
Operatoria Dental Completa	50%	60%	UF 12,00
Periodoncia			
Cirugía Bucal Completa			
Prótesis Fijas (**)			
Prótesis Removibles (**)			
Implantes Dentales (**)			
Medicamentos (*)			
ORTODONCIA			
Ortodoncia (**)			
Tipo de Deducible	SIN DEDUCIBLE		
Tope Máximo Anual por Beneficiario	UF 12		

Consideraciones para Liquidación de Gastos

Gastos de Salud

- **Reembolso Preferente:** Integramedica 100% de reembolso, sin deducible y sin BMI, aplica en las siguientes prestaciones ambulatoria del plan de beneficios: Consulta General, Consulta Especialista, Exámenes de Laboratorio, Exámenes de Imagenología, Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos (No incluye Materiales/Insumos), se excluyen de este convenio: Consulta Nutricionista, Kinesiología, Fonoaudiología, Salud Mental, Medicamentos, etc. Si aplica castigo, es decir, prestaciones sin aporte previsional de salud (Isapre/Fonasa) se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, además se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional.
- **Rige misma condición anterior, en gastos con Clínica Bio Bio.**

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% Reembolso Libre Elección	% Prestador Preferente (**)	Tope Evento	Tope Anual
Consulta médica con bono	50%	100%	0,5 UF	Sin Tope
Consulta médica con reembolso	50%	100%	0,5UF	Sin Tope
Exámenes Laboratorio y radiológicos con bono	50%	100%	2UF	20 UF
Exámenes Laboratorio y radiológicos con reembolso	50%	100%	2UF	
Exámenes de diagnóstico: de Laboratorio	50%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimiento de diagnóstico (incluye yeso) con bono	50%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimiento de diagnóstico (incluye yeso) con reembolso	50%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimientos terapéuticos con bono (incluye procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por sistema de salud.	60%	100%	Sin Tope	20 UF
Procedimientos terapéuticos con reembolso (incluye procedimiento de Inseminación Intrauterina (IIU), cuando es cubierto por sistema de salud.	60%	100%	Sin Tope	20 UF

PRESTADORES PREFERENTES	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
INTEGRAMEDICA	INTEGRAMEDICA S.A.	76.098.454-K
CLINICA BIO BIO	CLINICA BIO BIO SPA	96.885.940-4

Gastos Dentales

Reembolso Preferente: Integramedica 60% de reembolso

PRESTADORES PREFERENTES	RAZON SOCIAL	RUT PRESTADOR
INTEGRAMEDICA	INTEGRAMEDICA S.A.	76.098.454-K