

COBERTURA PLAN

SEGURO COMPLEMENTARIO

| BENEFICIO HOSPITALARIO | PORCENTAJE REEMBOLSO | TOPE PRESTACIÓN EN UF | TOPE ANUAL EN UF |
|--|----------------------|-----------------------|------------------|
| DÍA CAMA HOSPITALIZACIÓN | 70% | 2 | 50 |
| HONORARIOS MÉDICO QUIRÚRGICOS | | - | |
| SERVICIOS HOSPITALARIOS (INCLUYE UTI / UCI) | | - | |
| COBERTURA HOSPITALARIA GES Y CAEC | 100% | - | - |
| BENEFICIO MATERNIDAD | PORCENTAJE REEMBOLSO | TOPE PRESTACIÓN EN UF | TOPE ANUAL EN UF |
| PARTO NORMAL | 70% | - | 15 |
| PARTO POR CESÁREA | | - | 25 |
| ABORTO INVOLUNTARIO | | - | 10 |
| TRATAMIENTO DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD | | - | 5 |
| BENEFICIO SALUD MENTAL | PORCENTAJE REEMBOLSO | TOPE PRESTACIÓN EN UF | TOPE ANUAL EN UF |
| CONSULTAS SICOLOGÍA, SIQUIATRÍA Y PSICOPEDAGOGÍA | 60% | 0,5 | 20 |
| GASTOS HOSPITALARIOS | | - | |
| BENEFICIO AMBULATORIO | PORCENTAJE REEMBOLSO | TOPE PRESTACIÓN EN UF | TOPE ANUAL EN UF |
| CONSULTAS MÉDICAS | 60% | 0,5 | - |
| EXÁMENES DE LABORATORIO E IMAGENOLOGÍA | | - | 20 |
| PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICOS | | - | 20 |
| CIRUGÍA AMBULATORIA | | - | 20 |
| KINESIOLOGÍA | | - | 10 |
| FONOAUDILOGÍA | | - | 10 |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS/ BIOEQUIVALENTES | | - | - |
| MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS / MARCA | 30% | - | |
| COBERTURAS AMBULATORIAS GES Y CAEC | 100% | - | - |

COBERTURA PLAN

SEGURO COMPLEMENTARIO

| OTROS BENEFICIOS | PORCENTAJE REEMBOLSO | TOPE PRESTACIÓN EN UF | TOPE ANUAL EN UF |
|--|----------------------|-----------------------|------------------|
| PRÓTESIS Y ÓRTESIS | 60% | - | 10 |
| GASTOS ÓPTICOS (MARCOS, CRISTALES, LENTE DE CONTACTO) | | - | 3 |
| CIRUGÍA OCULAR LÁSER | | - | 5 |
| APARATOS AUDITIVOS | | - | 10 |
| AMBULANCIA TERRESTRE (50 KM) | | - | 10 |
| ESTUDIO PREVENTIVO DE LA PRÓSTATA | | - | 1 |
| ESTUDIO PREVENTIVO DE LA MAMA | | - | 1 |
| OTRAS PRESTACIONES CUBIERTAS POR ISAPRE Y NO CONSIDERADAS EN ESTE PLAN | | - | 10 |
| TERAPIA OCUPACIONAL | | - | 20 |
| GASTOS DONANTE VIVO | 100% | - | 20 |
| GASTOS FONANTE POST-MORTEM | 100% | - | 20 |
| COBERTURA URGENCIA EXTRANJERO | IDEM PLAN | | |
| TOPE DE REEMBOLSO POR PERSONA | UF 350 | | |