

Plan de cobertura

BENEFICIOS DE SALUD								
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN								
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	55%	57%	100%	100%	100%		UF 4	Diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	55%	57%	100%	100%	100%	30% Isapre / 60% Fonasa	UF 4	Diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	55%	57%	100%	75%	75%		UF 1	Diario
Día Cama Acompañante (hijos <14 años) (hasta 5 días por evento)	55%	57%	100%	100%	100%		UF 4	Diario
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna. Hasta 30 días	55%	57%	100%	85%	85%		Sin Tope	
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna. Desde el día 31	55%	57%	100%	90%	90%		UF 2	Diario
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	55%	57%	100%	85%	85%	30% Isapre / 60% Fonasa	Sin Tope	
Medicamentos Hospitalarios	55%	57%	100%	85%	85%		Sin Tope	
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	55%	57%	100%	85%	85%		Sin Tope	
Derecho Pabellón	55%	57%	100%	85%	85%		Sin tope	
Honorarios Médicos	55%	57%	100%	85%	85%		Sin tope	
Bono Pad Fonasa Hospitalario	--	--	--	100%	--	--	Sin tope	
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Cirugía Reparadora por Accidente	55%	57%	100%	85%	85%		Se paga bajo gastos hospitalarios	Idem Hospitalario
Cirugía Maxilofacial por Accidente	55%	57%	100%	80%	80%		Sin tope	
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	55%	57%	100%	80%	80%		Sin tope	
Gasto Donante Vivo (Trasplante)	55%	57%	--	80%	80%	30% Isapre / 60% Fonasa	UF 40	año póliza por asegurado
Gasto Donante Post Mortem (Trasplante)	55%	57%	--	80%	80%		UF 40	año póliza por asegurado
Cirugía por Patologías o Malformaciones Congénitas	55%	57%	--	100%	100%		UF 100	Por Patología
Cirugía Bariátrica	55%	57%	--	85%	85%		UF 40	año póliza por asegurado
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	55%	57%	--	70%	70%		UF 1	Diario / máximo 10 días al año
Vasectomía	55%	57%	--	50%	50%		UF 20	año póliza por asegurado
Ligamiento de Trompas o Salpingectomía	55%	57%	--	50%	50%		UF 20	año póliza por asegurado
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD								
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	55%	57%	100%	100%	100%		UF 25	por evento
Cesárea	55%	57%	100%	100%	100%		UF 30	por evento
Aborto Espontáneo	55%	57%	100%	100%	100%	30% Isapre / 60% Fonasa	UF 15	por evento
Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley N° 21.030, tres causales)	55%	57%	100%	100%	100%			por evento
Parto Múltiple	55%	57%	Se aumenta 100% de tope, por cada hijo nacido vivo					por evento
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	55%	57%	100%	85%	85%		UF 15	año póliza por asegurado
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	55%	57%	100%	100%	100%		UF 40	año póliza por asegurado
C) BENEFICIO AMBULATORIO								
Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	55%	57%	--	90%	80%		UF 1	Por prestación
Consulta Nutricionista	55%	57%	--	80%	80%		UF 20	año póliza por asegurado
Exámenes de Laboratorio	55%	57%	--	90%	80%		Sin Tope	
Exámenes Radiológicos	55%	57%	--	90%	80%		Sin Tope	
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	55%	57%	--	90%	80%		Sin Tope	
Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	55%	57%	--	90%	80%	30% Isapre / 60% Fonasa	Sin Tope	
Radioterapia - Quimioterapia	55%	57%	--	90%	80%		Sin Tope	
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	55%	57%	--	80%	70%		Sin Tope	
Mamografía Preventiva	55%	57%	--	80%	80%		Sin Tope	
Control Preventivo prostático (contempla consulta y examen antígeno prostático)	55%	57%	--	90%	80%		2 UF anual	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	55%	57%	--	90%	80%		1.5 UF anual	año póliza por asegurado
							UF 40	año póliza por asegurado

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Descripción Prestación	% Reembolso	Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (a través de convenio)	100%	Sin Tope	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (sin convenio)	100%		
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (a través de convenio)	80%	UF 40	año póliza por asegurado
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	80%		
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos y NO Genéricos (sin convenio)	80%		
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos y NO Genéricos (sin convenio)	40%	UF 35	año póliza por asegurado
Cobertura Vacuna Influenza, Solo Titular, según tope definido en condición especial	100%	UF 0,5	año póliza por asegurado
Recetario Magistral	45%	UF 15	año póliza por asegurado
Tratamiento para el crecimiento	45%	UF 35	año póliza por asegurado

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF Por Sesión / Por Prestación	Tope UF Anual
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	--	--	--	80%	80%	80%	UF 1	UF 40
Consulta o Sesiones Psicológicas	--	--	--	80%	80%	80%	UF 1	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	--	--	--	80%	80%	80%	--	UF 25
Tratamiento de Terapia Ocupacional	--	--	--	80%	80%	80%	--	
Hospitalización Psiquiátrica	--	--	--	80%	80%	80%	--	UF 45
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (a través de convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS							
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)								
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (a través de convenio)								
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)								

F) OTROS BENEFICIOS

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud CLINICAS ALTO COSTO	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	55%	57%	--	70%	70%	30% Isapre / 60% Fonasa	Sin Tope	
Servicio Ambulancia Aérea	55%	57%	--	75%	75%	UF 150	año póliza por asegurado	
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	--	--	--	70%	70%	70%	UF 6	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	55%	57%	--	70%	70%	UF 25	año póliza por asegurado	
Cirugía Ocular b) (excluye lente intraocular e intracanal)	55%	57%	--	90%	80%	UF 40	año póliza por asegurado	
Lente intraocular e intracanal	55%	57%	--	80%	80%	UF 20	año póliza por asegurado	
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	55%	57%	--	70%	70%	30% Isapre / 60% Fonasa	UF 50	año póliza por asegurado
Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	55%	57%	--	70%	70%			
Plantillas Ortopédicas	55%	57%	--	70%	70%			
Aparatos Auditivos	55%	57%	--	70%	70%	UF 65	año póliza por asegurado	
Prótesis Y Ortesis Mayor Complejidad, se paga bajo ítem hospitalario	55%	57%	--	100%	100%	UF 65	año póliza por asegurado	
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	55%	57%	--	80%	80%	Sin Tope		
Gastos hospitalarios y ambulatorios en el extranjero	La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa. En el evento que plan no defina esta condición, o el porcentaje de aporte sea menor a un 50%, se establece para este beneficio un 50% como aporte mínimo de la institución de salud Isapre o Fonasa.							
Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC	100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.							

AMPLIACION COBERTURA

MATERNIDAD (Ampliación): 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 condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto, si fuere el caso que esta cobertura la considere el plan de beneficios en forma separada de los eventos "parto y cesárea".

OBSERVACIONES

APORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA: Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 55%, el reembolso de la Compañía será sobre el 45% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años) con o sin sistema IMed y Salud Mental, Deducible por prestaciones AUGE CAEC o GES. Aplica para todas las prestaciones del plan complementario y convenios Cartas de Resguardo.

• APORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA CLINICAS ALTO COSTO: Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 57%, el reembolso de la Compañía será sobre el 43% para todas las atenciones en las siguientes clínicas: Clínica Alemana de Santiago, Clínica Las Condes, Clínica Meds, Clínica Los Andes y Clínica UC Christus de San Carlos de Apoquindo, considerando las exclusiones señaladas en punto anterior.

Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, no procede lo anteriormente indicado.

[1] % REEMBOLSO PRESTADORES PREFERENTES INSTITUCIONALES: 100% hasta UF300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario correspondiente. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por la Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN Y B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en página WEB: www.vidasecurity.cl

SCIF ISAPRE: De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 30% de éstos, Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años) con o sin sistema IMed y Salud Mental. Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional excepto para los Medicamentos Ambulatorios.
SCIF FONASA: De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 60% de éstos, Se exceptúan los Medicamentos Ambulatorios, Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años) con o sin sistema IMed y Salud Mental. Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema Previsional excepto para los Medicamentos Ambulatorios.

MONTO MÁXIMO	Deducible por Grupo Familiar		
Monto Máximo (anual) año póliza cobertura por asegurado	UF 250	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan.	Titular solo UF 0,00
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado cobertura excepcional (para los asegurados en proceso de evaluación)	UF 10		Titular con 1 carga UF 0,00 Titular con 2 o + cargas UF 0,00

Aplica Franquicia para prestaciones Ambulatorias de Exámenes, Consultas y Procedimientos, de \$ 1.000 pesos. Por Boleta o Bono, no por prestación (aplica para manual e Imed).

BENEFICIOS CATASTRÓFICOS

A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama General hasta 30 días	55%	100%	100%	30% Isapre / 60%Fonasa	Sin Tope
Día Cama General desde día 31	55%	100%	100%		Sin Tope
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	sin cobertura				
Día Cama Acompañante (hijos <= 14 años) (hasta 5 días por evento)	sin cobertura				

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	55%	100%	100%	30% Isapre / 60%Fonasa	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	55%	100%	100%		Sin Tope
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	55%	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Hospitalarios	55%	100%	100%		Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	55%	100%	100%		Sin Tope
Derecho Pabellón	55%	100%	100%		Sin Tope
Honorarios Médicos	55%	100%	100%		Sin Tope
Bono Pad Fonasa Hospitalario		100%	--		--

B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD

Descripción Prestación	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Parto Normal, Cesárea, Aborto No Provocado y o Complicaciones del Embarazo y parto (según definición)	sin cobertura			

C) BENEFICIO AMBULATORIO

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	55%	100%	100%	30% Isapre / 60%Fonasa	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	55%	100%	100%		Sin Tope
Exámenes Radiológicos	55%	100%	100%		Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	55%	100%	100%		Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	55%	100%	100%		Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	55%	100%	100%		Sin Tope
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	55%	100%	100%		Sin Tope

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Descripción Prestación	% Reembolso			Tope UF
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (sin convenio)	100%			Sin Tope
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (sin convenio)	100%			
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	100%			
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	100%			
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	100%			
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	100%			

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Descripción Prestación	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Consultas o Sesiones Psicológicas, Psiquiátricas y o Psicopedagógicas.	sin cobertura			
Hospitalización Psiquiátrica	sin cobertura			

F) OTROS BENEFICIOS

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	55%	100%	100%	30% Isapre / 60%Fonasa	UF 5
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	sin cobertura				año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a)	sin cobertura				
Cirugía Ocular b)	sin cobertura				
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	55%	100%	100%	30% Isapre / 60%Fonasa	UF 20
Gastos hospitalarios y ambulatorios en el extranjero	La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa. En el evento que plan no defina esta condición, o el porcentaje de aporte sea menor a un 50%, se establece para este beneficio un 50% como aporte mínimo de la institución de salud Isapre o Fonasa.				

Deducible cobertura AUGE O GES Y CAEC	100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto correspondiente a UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGE O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OBSERVACIONES

APORTE MINIMO DE ISAPRE O FONASA: En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso que el reembolso de la institución de salud (Isapre o Fonasa) sea menor al porcentaje mínimo establecido, la compañía considerará como reembolso de la institución de salud previsual, el porcentaje de aporte mínimo señalado en el cuadro de beneficios, aplicando el porcentaje de reembolso del presente seguro sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado. Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, también procede lo indicado, en consecuencia el reembolso del presente seguro para esta modalidad de reembolso, aplicará sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado.

Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, no procede lo anteriormente indicado.

Monto máximo de reembolso (anual), año póliza y por beneficiario		UF 5.000
Deducible	--	Tipo de Deducible
Activación del seguro	El presente seguro opera una vez reembolsado en el seguro de salud UF 200 , a causa de un mismo evento, por beneficiario y por año póliza, cubriendo los gastos que exceden al límite señalado, y que no fueron sujetos a reembolso. En ningún caso tendrán cobertura los copagos de los gastos ya reembolsados por el seguro de salud.	
Cúmulo por evento	Se considera para la acumulación de cualquier límite relacionado a un mismo evento, todas las prestaciones efectuadas a través de sistema distinto de los convenios en "IMED y Medicamentos en línea"	

BENEFICIOS DENTALES

A-Cuidado Dental General :	(*)Tope UCO %	% Reembolso Bono, L/E, SCIF	TOPE ANUAL
Consulta (estudio preliminar)	100% UCO	60%	UF 40
Atención Urgencia	100% UCO	60%	
Higiene o Profilaxis (una vez por año)	100% UCO	60%	
Fluoración (menores de 14 años)	100% UCO	60%	
Radiografías Dental	100% UCO	60%	
Cirugía Bucal	100% UCO	60%	
Operatoria Dental	100% UCO	60%	
Endodoncia	100% UCO	60%	
Prótesis Dental (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	60%	
Odontopediatria	100% UCO	60%	
Periodoncia	100% UCO	60%	
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	60%	
Disfunción (Plano y tratamiento)	100% UCO	60%	
Medicamentos Dentales	100% UCO	60%	
Bono Pad Fonasa Dental	100% UCO	60%	
Laboratorio Dental	100% UCO	60%	
B-Ortodoncia :			
Ortodoncia (primeros 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	60%	

C-Otros
GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora

Deducible por Grupo Familiar

Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Empleado Solo	UF 0,50
	Empleado con 1 carga	UF 1,00
	Empleado con 2+ cargas	UF 1,50