

Plan de cobertura

SALUD

A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Inst. Salud Clínicas Alto Costo	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama General Hasta 30 Días	55%	60%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope	--
Día Cama General desde día 31	55%	60%	100%	80%	80%	40%	Sin Tope	--
Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	55%	60%	--	80%	80%	40%	Sin Tope	--
Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	55%	60%	--	80%	80%	40%	Sin Tope	--
Día Cama Intermedio	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Día Cama Recuperación	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Día Incubadora	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Día Sala Cuna	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Exámenes de Laboratorio	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Exámenes Radiológicos	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Insumos Clínicos	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Materiales Clínicos	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Medicamentos Hospitalarios	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Derecho a Pabellón	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Honorarios Médicos Quirúrgicos	55%	60%	100%	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	55%	60%	--	100%	100%	50%	UF 20	año póliza por asegurado
Trasplante Donante Post Mortem (Según Definición)	55%	60%	--	100%	100%	50%	UF 30	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilo Facial por Accidente	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Reparadora por Accidente	55%	60%	--	85%	85%	42%	Sin Tope	--
Cirugía Bariátrica	55%	60%	--	100%	100%	50%	UF 20	año póliza por asegurado
Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	55%	60%	--	70%	70%	35%	UF 5	año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 20	año póliza por asegurado

B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Inst. Salud Clínicas Alto Costo	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 20	por evento anual
Cesárea	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 30	por evento anual
Aborto no Provocado	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 10	por evento anual
Partos Múltiples	Se aumenta 50% de tope, por cada hijo nacido vivo							
Tratamientos de Infertilidad y Fertilidad (Según Definición)	55%	60%	--	80%	80%	40%	UF 10	año póliza por asegurado
Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	55%	60%	--	65%	65%	32%	UF 10	año póliza por asegurado
Complicaciones del Parto (Según Definición)	55%	60%	--	65%	65%	32%		

C) BENEFICIO AMBULATORIO

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General	55%	60%	--	50%	50%	25%	UF 1,7	por prestación
Consulta Domicilio	55%	60%	--	50%	50%	25%	UF 1,7	por prestación
Consulta Especialista	55%	60%	--	50%	50%	25%	UF 1,7	por prestación
Consulta de Urgencia	55%	60%	--	50%	50%	25%	UF 1,7	por prestación
Exámenes de Laboratorio	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Exámenes Radiológicos	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Fonoaudiología	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Kinesiología o Fisioterapia	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Procedimientos de Diagnóstico (No Incluye Materiales)	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o drogas y materiales clínicos)	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Mamografía Preventiva	55%	60%	--	100%	100%	50%	UF 1	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Descripción Prestación	% Reembolso	Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (sin convenio)	100%	Sin Tope	--
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (con convenio)	100%		
Medicamentos Homeopáticos y/o Naturales	100%		
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	40%	UF 15	año póliza por asegurado
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	40%		
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	40%		
Medicamentos NO Genérico y Bioequivalente NO Genérico (Con convenio)	40%		
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	40%		
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	40%		

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	(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	
Hospitalización Psiquiátrica	55%	60%	--	70%	70%	70%	UF 20	año póliza por asegurado	
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)	Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS							UF 20	año póliza por asegurado
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)									
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)									
Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)									
Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 1 por sesión)	55%	60%	--	70%	70%	70%	UF 20	año póliza por asegurado	
Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 1 por sesión)	55%	60%	--	70%	70%	70%			
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 1 por sesión)	55%	60%	--	70%	70%	70%			

F) OTROS BENEFICIOS

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	(1) % Reem. Prestadores Preferentes Institucionales Bonos	(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
Ambulancia Terrestre (Según condicionado general)	55%	60%	--	70%	70%	35%	Sin Tope	--
Ambulancia Aérea	55%	60%	--	70%	70%	35%	UF 10	año póliza por asegurado
Gastos Ópticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	--	--	--	70%	70%	70%	UF 5	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	--	--	--	70%	70%	35%	UF 30	por evento anual
Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	--	--	--	70%	70%	35%	Sin Tope	--
Aparatos Auditivos	--	--	--	70%	70%	35%	UF 10	año póliza por asegurado
Protésis Mayor Complejidad	--	--	--	70%	70%	35%	UF 50	año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	55%	60%	--	50%	50%	25%	Sin Tope	--
Prótesis	--	--	--	70%	70%	70%	UF 15	año póliza por asegurado
Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	--	--	--	70%	70%	70%		

MONTO MÁXIMO

DEDUCIBLE POR GRUPO FAMILIAR

Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado	UF 300	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan.	Titular solo	UF 1,00
			Titular con 1 carga	UF 1,50
			Titular con 2 o + cargas	UF 2,00

DENTAL

Cuidado Dental General/Ortodoncia	% Reembolso Bono, L/E, SCIF	Tope Anual	
Consulta (estudio preliminar)	50%	UF 10	Año póliza por asegurado
Atención de Urgencia (Cuidado Dental Rutinario)	50%		
Profilaxis e Higiene (Una vez por año)	50%		
Fluoración (sin límite de edad)	50%		
Radiografías Dental (Cuidado Dental Rutinario)	50%		
Cirugía Bucal	50%		
Operatoria Dental	50%		
Endodoncia	50%		
Prótesis Dental (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%		
Odontopediatría	50%		
Periodoncia	50%		
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%		
Disfunción (Plano y tratamiento)	50%		
Medicamentos Dentales	50%		
Laboratorio Dental	50%		
Ortodoncia (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%		

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 1,00
	Empleado con 1 carga	UF 1,50
	Empleado con 2+ cargas	UF 2,00

La presente información representa un resumen de las coberturas contratadas. Para conocer tu plan completo, visita tu Sucursal Virtual en

www.vidasecurity.cl

Plan de cobertura

CATASTRÓFICO

	Aporte Mínimo Inst.Salud (*)	Aporte Mínimo Inst. Salud (Clínicas) (**)	Bono	Libre Elección	SCIF	Año Poliza por Asegurado
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN						
Día Cama General Hasta 30 Días	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama General desde día 31	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	Sin Cobertura					
Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	Sin Cobertura					
Día Cama Intermedio	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama Recuperación	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Incubadora	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Sala Cuna	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Insumos Clínicos	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Materiales Clínicos	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Medicamentos Hospitalarios	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Derecho a Pabellón	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Cirugía Maxilo Facial por Accidente	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD						
Parto Normal	Sin Cobertura					
Cesárea	Sin Cobertura					
Aborto no Provocado	Sin Cobertura					
C) BENEFICIO AMBULATORIO						
Consulta General	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Consulta Domicilio	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Consulta Especialista	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Consulta de Urgencia	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	50%	50%	50%	Sin Tope

E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL

Consultas o Sesiones Psicológicas, Psiquiátricas y o Psicopedagógicas. / Hospitalización Psiquiátrica	Sin Cobertura					
---	---------------	--	--	--	--	--

F) OTROS BENEFICIOS

Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	Sin Cobertura					
Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	Sin Cobertura					
Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	Sin Cobertura					
Prótesis	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope
Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	55%	60%	100%	100%	50%	Sin Tope

Otros

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

Deducible cobertura AUGÉ 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 AUGÉ 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.

(*) APOORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA 55%: 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 previsional, 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 minino señalado.

() APOORTE MINIMO DE ISAPRE o FONASA 60% Clínicas de Alto Costo (Clínica Alemana Clínica las Condes Clínica Universidad de los Andes Clínica UC San Carlos Apoquindo):** 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 previsional, 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 minino señalado.

*Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, no aplicará lo indicado precedentemente.

Activación Seguro Catastrófico

Activación:

El presente seguro opera una vez consumido el monto máximo de salud durante el año póliza y por beneficiario, cubriendo los gastos que exceden al límite señalado y que no fueron sujetos a reembolso.

Para el plan ACHS SERVICIOS la activación será consumido el tope de UF 380 de salud.

Para el plan ACHS SERVICIOS BASE la activación será consumido el tope de UF 300 de salud.

Monto Máximo (anual) año póliza:

POR PERSONA	UF 2500
-------------	---------

La presente información respresenta un resumen de las coberturas contratadas. Para conocer tu plan completo, visita tu Sucursal Virtual en www.vidasecurity.cl