

		Plan BASE ACHS Servicios									
		BMI	BMI Clínicas Alto Costo	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año poliza por asegurado	Tope por evento	Tope por Prestación	
N°	A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN										
1	Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	55%	60%	80%	80%	40%		Sin Tope			
2	Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	55%	60%	80%	80%	40%		Sin Tope			
3	Día Cama Home Care (Según Definición)	55%	60%	80%	80%	40%		30 días			
4	Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento) (Según Definición)	55%	60%	80%	80%	40%		UF 5			
5	Día Cama Intermedio	55%	60%	85%	85%	42,5%	Sin Tope				
6	Día Cama Recuperación	55%	60%	85%	85%	42,5%					
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	55%	60%	85%	85%	42,5%					
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	55%	60%	85%	85%	42,5%					
9	Día Incubadora	55%	60%	85%	85%	42,5%					
10	Día Sala Cuna	55%	60%	85%	85%	42,5%					
11	Exámenes de Laboratorio	55%	60%	85%	85%	42,5%					
12	Exámenes Radiológicos	55%	60%	85%	85%	42,5%					
13	Insumos Clínicos	55%	60%	85%	85%	42,5%					
14	Materiales Clínicos	55%	60%	85%	85%	42,5%					
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	55%	60%	85%	85%	42,5%					
16	Medicamentos Hospitalarios	55%	60%	85%	85%	42,5%					
17	Derecho a Pabellón	55%	60%	85%	85%	42,5%					
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	55%	60%	85%	85%	42,5%					
19	Cirugía Reparadora por Accidente (Según Definición)	55%	60%	85%	85%	42,5%				Sin Tope	
20	Cirugía Maxilofacial por Accidente (Según Definición)	55%	60%	80%	80%	40%			UF 20		
21	Cirugía Maxilofacial por Enfermedad (Según Definición)	55%	60%	80%	80%	40%			UF 20		
22	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	55%	60%	100%	100%	50%			UF 20		
23	Trasplante Donante Post Mortem (Según Definición)	55%	60%	100%	100%	50%		UF 30			
24	Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	55%	60%	70%	70%	35%		UF 5			
25	Cirugía Bariátrica (según definición)	55%	60%	100%	100%	50%		UF 20			
26	Disforia de Género (según definición)	55%	60%	80%	80%	40%		UF 20			
N°	B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD										
27	Parto Normal	55%	60%	60%	60%	30%			UF 20		
28	Cesárea	55%	60%	60%	60%	30%			UF 30		
29	Aborto Espontáneo	55%	60%	60%	60%	30%			UF 10		
30	Partos Múltiples	50% del tope según tipo de parto por cada hijo nacido vivo									
31	Complicaciones del Embarazo (según definición)	55%	60%	65%	65%	32,5%	UF 10				
32	Complicaciones del Parto (según definición)	55%	60%	65%	65%	65%					
33	Tratamientos de Infertilidad	55%	60%	80%	80%	40%			UF 10		

34	Tratamientos de Fertilidad	55%	60%	80%	80%	40%				
N° C) BENEFICIO AMBULATORIO										
35	Consulta General	55%	60%	50%	50%	25%	UF 1.7	Sin Tope		
36	Consulta Domicilio	55%	60%	50%	50%	25%	UF 1.7			
37	Consulta Especialista	55%	60%	50%	50%	25%	UF 1.7			
38	Consulta de Urgencia	55%	60%	50%	50%	25%	UF 1.7			
39	Exámenes de Laboratorio	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
40	Exámenes Radiológicos	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
41	Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/insumos)	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
42	Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
43	Mamografía Preventiva.	55%	60%	100%	100%	50%		UF 1		
44	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía Oftalmológica u Ocular)	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
45	Fonoaudiología	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
46	Kinesiología - Fisioterapia	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
47	Materiales de vendas de yeso, plastico o similares	55%	60%	50%	50%	25%		Sin Tope		
N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL										
48	Consulta o Sesiones Psiquiátricas	55%	60%	70%	70%	35%		UF 20	UF 1	
49	Consulta o Sesiones Psicológicas	55%	60%	70%	70%	35%				
50	Consulta Psicopedagoga	55%	60%	70%	70%	35%				
51	Hospitalización Psiquiátrica	55%	60%	70%	70%	35%				
N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS										
52	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	100%					Sin Tope			
53	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	100%					Sin Tope			
54	Medicamentos Homeopáticos y/o Naturales	70%					Sin Tope			
55	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	40%					UF 15			
56	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	40%								
57	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos y NO Genéricos (sin convenio)	40%								
58	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos y NO Genéricos (sin convenios)	40%								
N° F) OTROS BENEFICIOS										
59	Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	55%	60%	70%	70%	35%		Sin Tope		
60	Servicio Ambulancia Aérea	55%	60%	70%	70%	35%		UF 10		



61	Gastos Ópticos			70%	70%	35%		UF 5	
62	Audifonos			70%	70%	35%		UF 10	
63	Cirugía Ocular a)			70%	70%	35%			UF 30
64	Cirugía Ocular b)			70%	70%	35%		Sin Tope	
65	Prótesis y Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)			70%	70%	35%		UF 15	
66	Protesis Mayor Complejidad			70%	70%	35%		UF 50	

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. Todos 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: 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 mínimo señalado.

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

(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

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
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado cobertura excepcional (para los asegurados en proceso de evaluación)	UF 10		Titular con 1 carga	UF 1,50
			Titular con 2 o + cargas	UF 2,00

CUADRO DE BENEFICIOS "DENTAL"

A-Cuidado Dental General :	(*)Tope UCO %	% Reembolso Bono, L/E, SCIF	TOPE ANUAL
Consulta (estudio preliminar)	100% Arancel Security	50%	UF 10 año póliza por asegurado
Higiene o Profilaxis	100% Arancel Security	50%	
Radiografías Dental (Oral e Intraoral)	100% Arancel Security	50%	
Cirugía Bucal	100% Arancel Security	50%	
Operatoria Dental	100% Arancel Security	50%	
Endodoncia	100% Arancel Security	50%	
Prótesis Dental (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% Arancel Security	50%	
Odontopediatría	100% Arancel Security	50%	
Periodoncia	100% Arancel Security	50%	
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% Arancel Security	50%	
Disfunción (Plano y tratamiento)	100% Arancel Security	50%	
Medicamentos Dentales	100% Arancel Security	50%	
Laboratorio Dental	100% Arancel Security	50%	
Urgencia Dental	100% Arancel Security	50%	
B-Ortodoncia :			
Ortodoncia (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% Arancel Security	50%	
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 1,00
	Empleado con 1 carga		UF 1,50
	Empleado con 2+ cargas		UF 2,00

CUADRO DE BENEFICIOS "CATASTRÓFICO"

A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud Clínicas Alto costo	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama General hasta 30 días	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Día Cama General desde día 31	55%	60%	100%	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	Aporte Mínimo Institución de Salud Clínicas Alto costo	% 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%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Medicamentos Hospitalarios	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Derecho Pabellón	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Honorarios Médicos	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud Clínicas Alto costo	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Cirugía Reparadora por Accidente	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Accidente	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope año póliza por asegurado

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	Aporte Mínimo Institución de Salud Clínicas Alto costo	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (<i>incluye medicamentos</i> materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope

D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Descripción Prestación	% Reembolso	Tope UF
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	Sin Tope
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	

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				

F) OTROS BENEFICIOS

Descripción Prestación	Aporte Mínimo Institución de Salud	Aporte Mínimo Institución de Salud Clínicas Alto costo	% Reem. Bono	% Reem. Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	55%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)						sin cobertura
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%	60%	100%	100%	100%	Sin Tope año póliza por asegurado



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. Todos 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.

DESPUES DE CONSUMIDO EL MONTO MÁXIMO DEL SEGURO DE SALUD

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 consumido el monto máximo de salud de UF 300 durante el año póliza y por beneficiario, 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 del límite máximo de reembolso del seguro de salud, todos los reembolsos del beneficiario durante el año de vigencia del contrato.		