



Seguro Complementario de Salud

COBERTURAS AMBULATORIAS	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Consulta Médica o Especialidad (Incluyendo consultas de urgencia)	80%	UF 1,3 por consulta	
Nutricionista (con prescripción médica)		UF 1,3 por consulta	
Exámenes de Laboratorio		Sin Tope	
Exámenes de Imagenología y/o Scanner, RX, Ecografía			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático, PAP			
Cirugía Ambulatoria		UF 0,7 por consulta	UF 10
Kinesiología (con prescripción médica)			
Fonoaudiología (con prescripción médica)		Sin Tope	UF 2
Consultas Médicas no cubiertas por Sistema Previsional En el caso de las consultas médicas sin bonificación del sistema previsional, se considerará el BMI para otorgar la cobertura del plan, en caso de ser Isapre constituye requisito para su reembolso presentar la boleta con timbre No Bonificable.			
COBERTURAS HOSPITALARIAS	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Día Cama	80%	UF 5 diarios	
Día Cama UTI e Incubadora		UF 7 diarios	
Honorarios Médico Quirúrgicos		Sin Tope	
Derecho a Pabellón			
Insumos y Materiales Clínicos			
Medicamentos Hospitalario y Drogas Antineoplásicas			
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
COBERTURAS DE MATERNIDAD	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Parto Normal	80%	UF 20,0	Sin Tope
Cesárea		UF 30,0	
Aborto No Voluntario		UF 10,0	
Complicaciones del Embarazo		UF 20,0	
COBERTURAS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Psicología (con prescripción médica) / Psiquiatría, Psicopedagogía Ambulatorio	80%	UF 0,8 por prestación	UF 6
OTRAS COBERTURAS	% BONIFICACIÓN	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Prótesis y Órtesis*	80%	Sin Tope	General: UF 20 Auditivas: UF 10 (se incluyen dentro del tope general de Prótesis y Órtesis)
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas			UF 40
Injertos Hematopoyéticos			UF 20
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)			UF 3
Cirugía Ocular Laser			UF 10
Cirugía Bariátrica			UF 10
Cirugía Rinolaringológica			UF 10
Disforia de Género			UF 15
Materiales de Vendas, Yeso, Plástico o Similares			UF 5
Trasplante, Gastos Donante Vivo			UF 30
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem			UF 20
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)			Sin Tope
Cobertura Internacional por Accidente			
Coberturas GES/CAEC	100%		

(*) Se excluye la cobertura de prótesis dental, maxilofacial y se incluyen las plantillas ortopédicas.

MONTO MÁXIMO ANUAL
POR ASEGURADO
UF 600

BONIFICACIÓN MINIMA (BMI)
Isapre 50%
Fonasa 25%

DEDUCIBLE ANUAL DE UF 1 POR ASEGURADO
CON UN MÁXIMO DE UF 3 POR GRUPO FAMILIAR
DEDUCIBLE COSTO \$0 EN
CLÍNICAS BUPA Y CENTROS INTEGRAMÉDICA*

(*) No se considerará deducible, cuando el asegurado realice sus atenciones en Clínicas Bupa y Centros IntegraMédica.