



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Plan de beneficios
**Pontificia Universidad
Católica de Chile**



CONSORCIO



Seguro Complementario Salud - Pol320180057

TOPES Y DEDUCIBLES		
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF	350
Deducible anual por grupo familiar		
Deducible Titular sin cargas	UF	1,0
Deducible Titular con 1 carga	UF	2,0
Deducible Titular con 2 o más cargas	UF	3,0
Cobertura en el Extranjero		Idem Plan de Salud
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional		0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional		30%
III) Servicio I-MED		Si se considera
IV) Convenio Tarjeta Farmacia Las tarifas consideran convenio Farmacia Salcobrand, según se indica en el plan de coberturas		Si se considera
V) Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional		Si se considera

Plan de Beneficios

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama (Incluye UTI/UCI)	100%	100%	3	Sin Tope
Luego de 30 días se reembolsará	80%	80%		Sin Tope
Día Cama Intermedio	80%	80%		Sin Tope
Día Cama Recuperación	80%	80%		Sin Tope
Día Cama Sala Cuna	80%	80%		Sin Tope
Día Incubadora	80%	80%		Sin Tope
Servicios Hospitalarios Sala de Urgencia Derecho de Pabellón Examen de Laboratorio e Imágenes Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos Otros prescritos por Médico Tratante.	80%	80%		Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%	80%	40 Por evento	
Hospitalización domiciliaria (1)	100%	100%	3	30 días al año
Luego de 30 días se reembolsará	80%	80%		Sin Tope
Servicio Privado de Enfermera	80%	80%		Sin Tope
Servicio Aérea Territorio Nacional	80%	80%	50 Por evento	2 Eventos anuales por póliza
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	80%	80%		Sin Tope
Servicio Ambulancia Aérea (radio 50 km)	80%	80%		10
Tratamientos de Kinesiología (hospitalización)	80%	80%		sin tope
Gtos. Donante Vivo	80%	80%		15
Gtos. Donante Post Mortem	80%	80%		10
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%		20
Parto por Cesárea	100%	100%		30
Aborto involuntario	100%	100%		15
Complicaciones del Embarazo	80%	80%		30
Parto múltiple (2)	50% adicional al tope de P. Normal o Cesárea			

BENEFICIO AMBULATORIO	Reembolso (%) Prestador preferente	Reembolso (%) Prestador "NO" preferente	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica General y Domicilio	80%	60%	1	Sin Tope
Consulta Homeopáticas, Antroposóficas u otras	80%	60%	0,5	2
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	80%	60%		Sin Tope
Procedimientos de diagnósticos y terapéuticos	80%	60%		
Procedimientos Quirúrgicos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	80%	60%		
Kinesiología, Medicina Física	80%	60%		25 Sesiones Anuales
Fonoaudiología	80%	60%		25 Sesiones Anuales
Cirugía ambulatoria	80%	60%		Sin Tope
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	60%	60%		20
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%		

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Centros Colmena ubicados en Kennedy N°6664, Vitacura y Concordia N°2255, Providencia)				25
Consulta Psiquiatría	90%	90%	1	
Consulta Psicología	90%	90%	1	
Consulta Psicopedagogía	90%	90%	1	
Gastos Ambulatorios				
Consulta Psiquiatría	80%	80%	1	
Consulta Psicología	80%	80%	1	
Consulta Psicopedagogía	80%	80%	1	
Gastos Hospitalarios	80%	80%		

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos (cristales, marcos y lentes contacto)	80%	80%		5
Cirugía Láser Ocular para tratamientos de Miopía u otra enfermedad oftalmológica mayor o igual a 4 dioptrías.	80%	80%		UF 50 Por Grupo Familiar
Óptica Cirugía Oftalmológica para casos que no cumplan con criterio establecido, máximo 3 casos al año.	80%	80%		UF 10 Por Asegurado
Prótesis - Órtesis, plantillas	80%	80%		50
Aparatos Auditivos	80%	80%		15

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA PÓLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Terapia Ocupacional	80%	80%	0,5	7,5
Material Yeso	80%	80%		Sin Tope

Plan Seguro Catastrófico N°1

TOPES Y DEDUCIBLES		
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF	1500
Deducible anual por asegurado, deducible por daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad.	UF	150
Cobertura en el Extranjero	idem plan	
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional		0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional		50%
III) Gastos No codificados por un Sistema de Salud Previsional		30%

Plan Seguro Catastrófico

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Medicina o Cirugía, Recuperación, Sala Cuna, Incubadora, Intermedia, UTI/UCI.	100%	100%		Sin Tope(*)
Servicios Hospitalarios Día Cama UTI / UCI Sala de Urgencia Derecho de Pabellón Examen de Laboratorio e Imágenes Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos Otros prescritos por Médico Tratante, Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%		Sin Tope(*)
Kinesioterapia	100%	100%		Sin Tope(*)
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	100%	100%		Sin Tope(*)

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	100%	100%		Sin Tope(*)
Exámenes de Laboratorio	100%	100%		Sin Tope(*)
Exámenes de Imagenología, ultrasonido y medicina nuclear	100%	100%		
Procedimientos de diagnósticos	100%	100%		
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	100%	100%		
Cirugía ambulatoria	100%	100%		Sin Tope(*)

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	80%	80%		Sin Tope(*)
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	80%	80%		Sin Tope(*)
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores	80%	80%		Sin Tope(*)
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos	80%	80%		Sin Tope(*)

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Prótesis y Órtesis	100%	100%		Sin Tope(*)

Plan Seguro Catastrófico N°2

TOPES Y DEDUCIBLES		
Tope anual de reembolso por Beneficiario	UF	50.000
Deducible anual por asegurado, deducible por daño cubierto por un mismo accidente o enfermedad.	UF	1.500
Cobertura en el Extranjero		idem plan
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional		0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional		50%
III) Gastos No codificados por un Sistema de Salud Previsional		30%

GASTOS AMBULATORIOS	Reembolso (%)	Tope Prest. (UF)	Tope Anual (UF)
Consulta médica general y domicilio	100%	-	Sin tope (*)
Exámenes de laboratorio	100%	-	Sin tope (*)
Exámenes radiológicos	100%	-	Sin tope (*)
Procedimientos de diagnóstico y terapéutico	100%	-	Sin tope (*)

GASTOS HOSPITALARIOS	REEMBOLSO (%)	TOPE POR PRESTACIÓN (UF)	TOPE ANUAL (UF)
Día cama medicina o cirugía, recuperación, sala cuna, incubadora, intermedia, UTI/UCI	100%	-	Sin tope (*)
Medicamentos hospitalarios	100%	-	Sin tope (*)
Insumos clínicos	100%	-	Sin tope (*)
Exámenes de laboratorio y radiológicos	100%	-	Sin tope (*)
Procedimientos (diagnóstico y terapéuticos)	100%	-	Sin tope (*)
Derecho a pabellón	100%	-	Sin tope (*)
Tratamientos de kinesioterapia hospitalarios	100%	-	Sin tope (*)
Honorarios médicos quirúrgicos	100%	-	Sin tope (*)
Hospitalización domiciliaria	100%	-	Sin tope (*)

OTROS GASTOS	REEMBOLSO (%)	TOPE POR PRESTACIÓN (UF)	TOPE ANUAL (UF)
Ambulancia terrestre (radio 50 km.)	100%	-	Sin tope (*)
Prótesis (excluye prótesis dentales)	100%	-	Sin tope (*)
Órtesis (excluye plantillas)	100%	-	Sin tope (*)
Medicamentos ambulatorios (drogas antineoplásticas e inmunosupresoras)	80%	-	Sin tope (*)

(*) Deducible y tope según Plan:

Tratándose de prestaciones no codificadas por Isapre o Fonasa, se considerará como gasto efectivo el 30% del gasto, monto sobre el cual se aplicarán los topes, porcentajes y deducibles del plan contratado.

Tratándose de gastos no cubiertos por Isapre o Fonasa, se considerará como gasto efectivo el 50% de éstos, montos sobre el cual se aplicará el plan.

El seguro de gastos complementarios ampliado N°1 opera cuando, a consecuencia de algún diagnóstico catastrófico, se generen gastos donde el copago después de hacer uso de Isapre o Fonasa, y el seguro complementario supere UF 150. Este deducible será de costo del asegurado.

El seguro de gastos complementarios ampliado N°2 opera cuando, a consecuencia de algún evento catastrófico, se generen gastos donde el copago, después de hacer uso de Isapre o Fonasa, haya consumido las UF 1.500 del seguro complementario N°1.

Otros Beneficios

Red de Prestadores Preferentes Ambulatorios:

- Clínica Santa María
- Clínica Dávila
- Hospital del Profesor
- Clínica Indisa
- Centros Médicos Integramédica
- Clínica Avansalud
- Centros Médicos Megasalud
- Hospital Clínico Universidad de Chile
- Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)

Red de Prestadores Preferenciales Ambulatorios y Hospitalarios

Para prestaciones otorgadas en Clínica Las Condes, el porcentaje de reembolso será de 40% en todas las prestaciones.