

SEGURO COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD

¿Qué personas pueden acceder a este seguro?

A este seguro, pueden acceder todas las personas que tengan contrato de trabajo vigente en la empresa y en caso de contratar plan familiar, también se podrá hacer extensivo a cargas cónyuges e hijos.

Titular y Cónyuge: mantendrán su seguro, la cobertura vigente hasta los 65 años de edad (edad límite de contratación del seguro).

Hijos: si el parto está cubierto por el seguro, la cobertura será a partir del día cero, siempre y cuando se envíen los antecedentes dentro de los plazos establecidos. De lo contrario, el recién nacido tendrá cobertura desde el día 14, hasta cumplir los 18 años de edad o hasta los 24 años, en caso de estar estudiando (se debe presentar certificado de alumno regular) y ser carga del asegurado titular.

¿Qué significa continuidad de cobertura?

Continuidad de cobertura significa que la Compañía acepta a los asegurados provenientes de la nómina inicial, en iguales condiciones en que se encontraban en la Compañía Anterior.

¿Qué beneficios se pueden contratar en un Seguro Complementario de Salud?

GASTOS AMBULATORIOS

Consultas Médicas: corresponde a las consultas efectuadas por un profesional médico de cualquier especialidad, a causa de una incapacidad; se incluyen las consultas por maternidad y ginecológicas, y el control médico de niño sano. Se excluye la consulta otorgada por médico psiquiatra ya que se cubre por ítem específico. Exámenes de Laboratorio, Radiológicos: Son todos aquellos exámenes de laboratorio, radiología, endoscopías y otros con fines diagnósticos o terapéuticos, que hayan sido prescritos por un médico y efectuados en forma ambulatoria.

Procedimientos Médicos: Corresponden a prestaciones de salud, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, que pueden utilizar equipos, instrumental, instalaciones o salas de procedimientos. Su valor incluye honorarios médicos, de anesthesiólogo y derecho de sala de procedimientos.

Cirugía Ambulatoria: Cirugía efectuada en un establecimiento de salud, sin necesidad de hospitalización del paciente, puede ser realizada en la consulta del médico, en Centro Médico de menor complejidad o en un pabellón de procedimiento mayor, cubriendo en un mismo paquete los gastos de honorarios médicos y servicios hospitalarios.

Medicamento: Producto farmacéutico registrado como tal en el Instituto de Salud Pública y cuya finalidad es tratar o mitigar directamente una incapacidad y que no se indiquen para el reemplazo de alimentos o con propósito de cosmética o de higiene ni sean catalogados como productos de homeopatía, natural o alternativo.

GASTOS HOSPITALARIOS

Día Cama: gastos por habitación, alimentación y atención general de enfermería durante la hospitalización.

Honorarios Médicos: honorario del equipo médico incluyendo: cirujanos, anestesistas y arsenalera.

Servicios Hospitalarios: derecho de pabellón, exámenes de apoyo clínico, procedimientos, medicamentos, insumos clínicos, materiales, UTI y UCI.

GASTOS DE MATERNIDAD

Se entiende por gastos de hospital o clínica, tanto para la madre como para el hijo y los honorarios del equipo médico: cirujano, anestesista, matrona y pediatra hasta topes indicados. Complicaciones pre y post natales hasta 90 días después del parto, que requieran una hospitalización con los mismos topes. Parto normal, Aborto no provocado (27 semanas), Cesárea, Complicaciones pre y post natales hasta 90 días después del parto.

TRATAMIENTOS PSIQUIATRICOS O PSICOLOGICOS

Corresponden a la consulta, tratamientos y medicamentos ambulatorios, e internación en hospital o clínica, hasta los topes indicados por el beneficiario.

Los tratamientos psicológicos deberán ser derivados por un médico para tener cobertura.

BENEFICIOS ADICIONALES

Prótesis: Aparatos que reemplazan temporal o permanentemente un órgano o parte del mismo, con el objeto de restaurar su función. Por ejemplo: tornillos, marcapasos, prótesis de cadera.

Ortesis: Corresponden a cualquier aparato de uso externo utilizado como complemento en la restauración de una función, auxiliando parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física o invalidez. Por ejemplo: plantillas.

Aparatos Auditivos: Son aparatos que suplen parcial o totalmente la función auditiva de todas aquellas personas que padecen una pérdida (hipoacusia o sordera) que puede ir desde leve hasta profunda.

Gastos Ópticos: Incluye todo gasto por Marcos, cristales ópticos y lentes de contacto con receta del médico oftalmólogo. Se excluyen todos aquellos con fines de protección, como los lentes utilizados para evitar fatiga visual.

Traslado de pacientes (radio urbano hasta 50 km): Servicio de ambulancia para traslado desde o hacia un hospital.

¿Qué es un deducible?

Deducible: corresponde al monto del gasto que será de cargo del titular y su grupo familiar, hasta una cantidad definida en la póliza.

Ejemplo: si el deducible que contrató su empresa es:

Titular Solo	UF 0,50
Titular con 1 dependiente	UF 1,00
Titular con 2 o más dependientes	UF 1,50

El ejercicio para liquidar sus gastos presentados en la Compañía será el siguiente:

Presentación de gastos por primera vez

Consulta médica: \$ 30.000

(Después de Isapre o Fonasa)

Monto a Reembolsar:

(En caso que el % de cobertura sea un 80%) \$ 24.000

Deducible:

(En caso de ser titular solo con deducible de UF 0,5) \$ 9.900

Monto final a liquidar: \$ 14.100