ANEXO CONDICIONES PARTICULARES POLIZA Nº725323
CUADRO DE BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS Y HOSPITALARIOS (POL3 10 081)
UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA, PLAN SALUD BASE

A.	**PRESTACIONES AMBULATORIAS**	**Reemb.**	**Bono**
A 10.	Consultas Médicas Con tope evento UF0,50.- Tope Anual UF 10 50%	80%	
A.20.	Exámenes y Procedimientos.(Incluye estudio Mamario) Tope Anual UF 15	40%	80%
A 23.	Cirugía Ambulatoria. Tope Anual UF 50	60%	60%
G.03.	Garantías Explicitas de Salud (GES)Amb. (copagos post-sist. salud previsional)	100%	100%
	MEDICAMENTOS		
Tope unico y combinado máximo de UF 15 anuales por beneficiario.-			
A 40.	Medicamentos Ambulatorios No Genéricos. **(Incluye M. A. No Genéricos Cruz Verde (A.47.) y Salcobrand (A.42.))**	85%	85%
A.43.	Medicamentos Ambulatorios genéricos. (**Incluye M. A. Genéricos Cruz Verde (A.47.) y Salcobrand (A.42.))**	80%	80%

H.	**PRESTACIONES HOSPITALARIAS**	**Reemb.**	**Bono**
H.10.	Día Cama.hasta 30 dias Con tope de UF 5,00.- por evento.	80%	80%
H.11.	Día Cama en Exceso 30 Dias. Con tope de UF 4,00.- por evento. Se incluye en tope de Día Cama Hospitalización Domiciliaria, Enfermera Profesional y Gastos de acompañante de hijos menores de 14 años, todo lo anterior sólo cuando el Medico Tratante expresamente lo indique para mejorar la evolución del Tratamiento.	70%	70%
H.22.	Servicios Hospitalarios y honorarios medico quirúrgicos. Incluye UCI/UTI Tope por Evento UF 50.	70%	70%
H.22.	Servicios Hospitalarios y honorarios medico quirúrgicos. en exceso.	50%	50%
T.01.	Gasto Donante Vivo (Transplante). Con tope anual de UF 30 por evento.-	100%	100%
T.02.	Gasto Donante Post Mortem (Transplante). Con tope anual de UF 20 por evento.-	100%	100%
G.04.	Garantías explícitas de Salud (GES)Hospitalario (copagos post-sistema salud previsional)	100%	100%
G.02.	Cobertura Deducible Cobertura Adicional Enf. Catastroficas (CAEC)	100%	100%

M.	**PRESTACIONES DE MATERNIDAD**	
	Se cubre el 50% de las prestaciones derivadas del parto, hasta los topes indicados	
M.10.	Parto Normal	UF 15
M.20.	Aborto no provocado	UF 10
M.30.	Cesárea	UF 20
M.40.	Complicaciones del embarazo	UF 10
M.50.	Tratamiento de Fertilidad	UF 10

- **Parto Multiple 50% Adicional al Beneficio ofrecido en Parto**

E. COBERTURA EN EL EXTRANJERO

E.10 Cubre las atenciones de urgencia con los mismos beneficios del Plan Complementario de Salud. Para los tratamientos y hospitalizaciones realizadas expresamente en el extranjero por derivación médica estarán cubiertos, en la misma proporción del pago realizado por la Institución de Salud Previsional del asegurado.

S.	PRESTACIONES DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA	Reemb.	Bono
S.22.	Consultas ,Tratamientos Psiquiátricos, Psicológicos		
	Incluye: *Gastos Hospitalarios.Con tope de UF15 anual	50%	50%
	*Consultas y tratamientos. Con tope de UF0,50.- por sesión Y Tope de UF10 anual	50%	50%

V.	PRESTACIONES VARIAS	Reemb.	Bono
V.35.	Cirugía Laser Optica (Dioptria mayor que 5) .- Tope anual UF10,0	70%	70%
V.21.	Prótesis y Ortesis. con tope UF20,00.- Tope anual	70%	70%
V.22.	Aparatos auditivos.Con tope de UF5,00.- Tope anual	70%	70%
V.34.	Marcos / cristales / lentes de contacto. con tope de UF10,0.-Tope anual	70%	80%
V.50	Ambulancia(tope 50kms.)	70%	70%
A.30.	Kinesiología, Fonoaudiología, Psicopedagogía,Terapeuta Ocupacional y Nutricionista.Con tope de UF20,00 anual.-	50%	70%
V.51.	Ambulancia Aérea.Con tope de UF10,00 por evento.-	70%	70%
H.25.	Obesidad Móbida, IMC mayor a 40 con tope máx. UF30 anual.	100%	100%

O.10 PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR ISAPRE/FONASA

En caso de que los gastos incurridos por no se encuentren cubiertos por el Sistema de Salud Previsional, se considerà el 50% del gasto total, y se aplicaràn los topes y porcentajes establecidos en el presente plan de salud, a excepción de medicamentos,lentes y prestaciones de psiquiatría.

Será obligación la presentación de los documentos debidamente timbrados y firmados por el Sistema de Salud, acreditando que el gasto no es reembolsable.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA COBERTURA

- **Se deja establecido que este adicional de salud otorga cobertura, "sólo" después que los asegurados han hecho uso de su sistema de salud previsional (isapre/fonasa),por lo que prioritaria y obligatoriamente deberán utilizar las coberturas que le otorga la Institución de Salud Previsional a la cual se encuentran afiliados, de lo contrario no se reembolsarán los beneficios indicados en este anexo.**
- **Sin cobertura para preexistencias para los asegurados nuevos.**

- **MONTO MAXIMO DE INDEMNIZACION ANUAL POR GRUPO FAMILIAR UF 500,00.-**

ANEXO CONDICIONES PARTICULARES POLIZA Nº725323
CUADRO DE BENEFICIOS DE CLÁUSULA ADICIONJAL DENTAL (CAD3 03 005)
UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA, PLAN DENTAL BASE

D.	PRESTACIONES DENTALES	Reemb.	Bono
D.51.	Cuidado Dental Rutinario	50%	70%
D.52.	Periodoncia	50%	70%
D.50.	Endodoncia	50%	70%
D.53.	Operatoria Dental	50%	70%
D.54.	Cirugía Bucal	50%	70%
D.55.	Odontopediatría	50%	70%
D.56.	Laboratorio Dental	50%	70%
D.57.	Implantes	50%	70%
D.58.	Disfunción	50%	70%
D.59.	Medicamentos Dentales	50%	70%
D.30.	Prótesis (*)	50%	70%
D.40	Ortodoncia (*)	50%	70%

- **MONTO MAXIMO DE INDEMNIZACION ANUAL <u>POR PERSONA</u> UF 20,00.-**

- **CARENCIA (*):**
  Se establece una carencia de 6 meses, contada desde el inicio de vigencia del asegurado en la póliza, para la utilización de las coberturas de Prótesis y Otodóncia. Durante dicho período el asegurado no tendrá derecho a estas coberturas.
  Esta Carencia no apliará a asegurados provenientes del traspaso desde Seguros Metlife S.A.

- **APLICACIÓN DE TOPES:**
  Tope máximo de bonificación una vez Arancel UCO.

DEDUCIBLE FAMILIAR INCLUYE COBERTURA ANUALSALUD Y DENTAL

Titular sin cargas	UF 0,50
Titular con 1 carga	UF 1,00
Titular con 2 o más cargas	UF 1,50

ANEXO CONDICIONES PARTICULARES POLIZA Nº725323
CUADRO DE BENEFICIOS EXTENSIÓN CATASTRÓFICA DE SALUD
UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA, PLAN CATASTROFICO BASE

Beneficio adicional al Plan de Salud, que protege a los asegurados ante una serie de eventos médicos de carácter catastrófico, ya sea en su monto como en su impacto en la vida normal del asegurado.Sin cobertura para enfermedades preexistentes

- **DEDUCIBLE:** Se deja establecido que el reembolso de los gastos se efectuará una vez consumido el monto máximo del reembolso anual del plan Complementario de Salud, esto es **UF500,00.-**

--

MONTO MAXIMO DE INDEMNIZACION ANUAL POR <u>GRUPO FAMILIAR</u> UF5.000,00.-

---

--

A.	**PRESTACIONES AMBULATORIAS**	**Reemb.**	**Bono**
A 10.	Consultas Médicas.	50%	100%
A.20.	Exámenes y Procedimientos.	50%	100%
A 23.	Cirugía Ambulatoria.	50%	100%
A 40.	Medicamentos Ambulatorios	50%	100%
A.43.	Medicamentos Ambulatorios genéricos	50%	100%

H.	**PRESTACIONES HOSPITALARIAS**	**Reemb.**	**Bono**
H.10.	Día Cama hasta 30 dias	50%	100%
H.11.	Dia Cama en Exceso 30 Dias	50%	100%
H.22.	Servicios Hospitalarios y honorarios medicoquirúrgicos.	50%	100%

V.	**PRESTACIONES VARIAS**	**Reemb.**	**Bono**
V.21.	Prótesis y Ortesis. Con tope UF20,00 en beneficios anuales	50%	100%
V.50	Ambulancia(tope 50kms.). Con tope UF5,00 en beneficios anuales	50%	100%
E.10.	Cobertura en el Extranjero(% plan original) según condiciones particulares	50%	100%

O.10. PRESTACIONES NO CUBIERTAS POR ISAPRE/FONASA

De los gastos no bonificados por Isapre o Fonasa, pero que si están arancelados en Arancel de prestaciones Fonasa, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de estos , a los cuales, se les aplicará los porcentajes y topes del plan contratado, los gastos no arancelados no tienen cobertura.

Será obligación la presentación de los documentos debidamente timbrados y firmados por la Institución de Salud, acreditando que el gasto no es reembolsable.

COBERTURAS POR ACUERDO

- Sin cobertura para enfermedades preexistentes.