

SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

COLEGIO MEDICO DE CHILE A.G.



COLEGIO MÉDICO
DE CHILE

VIDA security

Marzo 2022

CONDICIONES GENERALES

¿En qué consiste el nuevo Seguro Colectivo de Salud Familiar?

Es un programa exclusivo y especialmente diseñado para el Colegio Médico, sus Colegiados y familias.

Condiciones preferentes de cobertura, prestaciones y el precio más conveniente del mercado con un marcado eje inclusivo para todos los colegiados.

Con un foco principal en gastos médicos mayores y hospitalarios.

1. Reembolso de Salud (Gastos Médicos) de UF 500 por año para menores de 70 años y UF 250 para mayores de 70 años, por asegurado y por cada una de sus cargas, el cual consiste en un porcentaje del valor no reembolsado (copago) por su sistema de salud (Isapre o Fonasa). Según cuadro de coberturas.
2. Reembolso de Gastos Dentales según Cuadro de Coberturas.
3. Medicamentos Genéricos **sin tope**.
4. Amplia cobertura para día cama **UCI, UTI** Intensivo, Intermedio y Recuperación, **sin límite diario**.
5. Acceso a un Club Beneficios con diversas categorías en entretención, gastronomía, viajes entre otros.

¿Quiénes pueden tener el Seguro?

El programa contempla la inscripción inicial sin restricción de edad máxima de ingreso hasta los 89 años.

Todos los Colegiados en edad de asegurabilidad y su grupo familiar, cónyuge o conviviente, hijos del colegiado e hijos del cónyuge o conviviente.

Asegurado	Edad de Ingreso	Término de Cobertura
Titular	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Cónyuge	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Hijos	Desde que nacen y hasta menores de 27 años .	Cumpliendo los 28 años , si son estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del Titular.
Carga Duplo	Menor de 89 años	Mientras mantenga vínculo contractual
Conviviente	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años

Plan Padres

Cobertura monto de hasta **UF 100** al año individual para cada padre y madre.

Asegurado	Edad de Ingreso	Término de Cobertura
Titular	Menor de 89 años	Cumpliendo los 90 años
Padres	Menor de 79 años	Cumpliendo los 80 años

COBERTURA SEGURO DE SALUD FAMILIAR

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"		PLAN			
A) BENEFICIO HOSPITALIZACIÓN					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	100%	80%	40%	UF	3 diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	100%	80%	40%	UF	3 diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	-.-	80%	40%	UF	2 diario
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	-.-	80%	40%	UF	2 diario
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / 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.	100%	80%	30%	UF 100 por Evento	
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	80%	30%		
Insumentos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	80%	30%		
Medicamentos Hospitalarios	100%	80%	30%		
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	80%	30%		
Derecho Pabellón	100%	80%	30%		
Honorarios Médicos	100%	80%	30%		
En exceso de UF 100 por evento	100%	60%	30%	sin Tope	
Prótesis y Ortesis	-.-	80%	40%	UF 10	año póliza por asegurado
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Gasto Donante Vivo	-.-	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Cirugía Bariátrica	-.-	70%	30%	UF 20	año póliza por asegurado
Interrupción Voluntaria del Embarazo	-.-	70%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	-.-	70%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Parto Normal	-.-	100%	30%	UF 30	por evento anual
Cesárea	-.-	100%	30%	UF 40	por evento anual
Aborto Espontáneo	-.-	100%	30%	UF 10	por evento anual
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	-.-	100%	30%	UF 15	año póliza por asegurado
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	-.-	70%	30%	UF 15	año póliza por asegurado

CUADRO DE BENEFICIOS "SALUD"		PLAN			
C) BENEFICIO AMBULATORIO					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	-,-	60%	30%	UF 1	por prestación
Exámenes de Laboratorio	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Exámenes Radiológicos	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/insumos)	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Procedimientos Terapéuticos (incluye medicamentos materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS					
Descripción Prestación				Tope UF	
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (incluye Inmunosupresores o Inmunomoduladores)	100%			Sin tope	año póliza por asegurado
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos .	50%			UF 10	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores y Antineoplásicos NO Genéricos.	50%			UF 30	
E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	-,-	60%	30%	UF 1 sesión	UF 10 año póliza por asegurado
Consulta o Sesiones Psicológicas	-,-	60%	30%	UF 1 sesión	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	-,-	60%	30%	UF 1 sesión	
Hospitalización Psiquiátrica	-,-	60%	30%	-,-	
F) OTROS BENEFICIOS					
Descripción Prestación	% Reem. Prestadores Preferentes Security	% Reem. Bono / Libre Elección	% Reem. Sin aporte Institución de Salud	Tope UF	
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	-,-	60%	30%	UF2	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, defectos aberrómétricos o astigmatismo irregular.	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Cirugía Ocular b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza.	-,-	60%	30%	Sin tope	
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, plantillas, sillas de rueda y prótesis dentales)	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	-,-	60%	30%	UF 10	año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	-,-	60%	30%	Sin tope	año póliza por asegurado
MONTO MÁXIMO					
Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado menores de 70 años	UF 500,00	Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo	UF 1,00	
	Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado desde los 70 años hasta cumplido los 90 años		UF 250,00	Titular con 1 carga	UF 1,80
Titular con 2 cargas				UF 2,60	
Titular con 3cargas				UF 3,40	
			Titular con 4 o + cargas	UF 4,20	

Aporte Mínimo Institución de Salud de 55% aplica sólo para clínicas de alto costo Alemana, Las Condes y UC San Carlos, Los Andes.

1. CONDICIONES COBERTURA DENTAL

CUADRO DE BENEFICIOS "DENTAL" N° OP1321				
A-Cuidado Dental General :	(*)Tope UCO %	% Red Dental % Reembolso Bono, L/E, SCIF	% Reembolso Bono, L/E, SCIF	TOPE ANUAL
Consulta (estudio preliminar)	100% UCO	50%	30%	UF15 año póliza por asegurado menor de 70 años y UF10 asegurados desde los 70 años hasta cumplido los 90 años
Atención Urgencia	100% UCO	50%	30%	
Higiene o Profilaxis (una vez por año)	100% UCO	50%	30%	
Fluoración (menores de 14 años)	100% UCO	50%	30%	
Radiografías Dental	100% UCO	50%	30%	
Cirugía Bucal	100% UCO	50%	30%	
Operatoria Dental	100% UCO	50%	30%	
Endodoncia	100% UCO	50%	30%	
Prótesis Dental (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	50%	30%	
Odontopediatría	100% UCO	50%	30%	
Periodoncia	100% UCO	50%	30%	
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	50%	30%	
Disfunción (Plano y tratamiento)	100% UCO	50%	30%	
Medicamentos Dentales	100% UCO	50%	30%	
Bono Pad Fonasa Dental	100% UCO	50%	30%	
Laboratorio Dental	100% UCO	50%	30%	
B-Ortodoncia :				
Ortodoncia (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	100% UCO	50%	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	Titular solo			UF 1,00
	Titular con 1 carga			UF 1,80
	Titular con 2 cargas			UF 2,60
	Titular con 3 cargas			UF 3,40
	Titular con 4 o + cargas			UF 4,20

Todas las condiciones generales de las coberturas se encuentran debidamente inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y se encuentran disponibles en www.cmfchile.cl, bajo los siguientes registros:

Condiciones Generales en uso por la Compañía	
Salud (y Catastrófico)	POL 320190104
Dental	CAD 320131535

2. CONDICIONES DE PRECIO PREFERENCIALES

Médicos Pertenecientes Fondo Solidaridad Gremial	Valor Mes
Titular sólo	UF 0,92
Titular con 1 carga	UF 1,85
Titular con 2 cargas	UF 2,77
Titular con 3 cargas	UF 3,70
Titular con 4 cargas	UF 4,62

Valores IVA incluido

Médicos <u>NO</u> Pertenecientes Fondo Solidaridad Gremial	Valor Mes
Titular sólo	UF 0,99
Titular con 1 carga	UF 1,98
Titular con 2 cargas	UF 2,97
Titular con 3 cargas	UF 3,96
Titular con 4 cargas	UF 4,95

Valores IVA incluido

Importante

El valor máximo del **Programa es Titular con 4 cargas**, asegurados adicionales no pagan.