NUEVO SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

COLEGIO MEDICO DE CHILE A.G.

Año 2023 - 2024

CONDICIONES GENERALES

¿En qué consiste el Renovado Seguro Colectivo de Salud Familiar Consorcio?
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. La más amplia cobertura del mercado: **hasta 90 años** titular, cónyuge o parejas e hijos propios o de su pareja hasta los 27 años para sus cargas (hijos).
2. 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.
3. Reembolso de Gastos Dentales según Cuadro de Coberturas.
4. Medicamentos Genéricos **sin tope**.
5. Medicamentos de marca tope anual de **UF 20 por asegurado**.
6. Amplia cobertura para día cama **UCI, UTI** Intensivo, Intermedio y Recuperación, **sin límite diario.**
7. Condiciones exclusivas a un precio preferente para los colegiados y su grupo familiar.
8. Acceso a un conjunto de beneficios para los asegurados.
9. Al igual que todos los seguros Complementarios de Salud, éste **no cubre pre-existencias**, pero si los gastos relacionados con otras patologías o accidentes.

¿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 7**9 años**	Cumpliendo los **80 años**

1. COBERTURA SEGURO DE SALUD FAMILIAR

PLAN DE BENEFICIOS SALUD				
BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	**% Bono**	**% Libre Elección**	**Tope Diario UF**	**Tope Anual UF**
Día Cama Hospitalización	80%	80%	3	30 días
Luego de 30 días se reembolsará	80%	80%	3	Sin Tope
Día Cama Acompañante hijo menor 14 años	80%	80%	2	5 días al año
Servicios Hospitalarios Día Cama UTI / UCI Día Cama Intermedio Día Cama Recuperación Día Cama Sala Cuna Día Incubadora 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 Materiales Clínicos Honorarios Médicos Quirúrgicos	80%	80%		100 por evento
Luego del tope UF 100 por evento se reembolsará	60%	60%		Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria (1)	80%	80%	2	30 días al año
Cirugía Maxilofacial por Accidente	70%	70%		20
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	70%	70%		20
Cirugía Reparadora por Accidente	70%	70%		20
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	60%	60%		10
Gtos. Donante Vivo	70%	70%		20
Protesis y Ortesis Hospitalaria	80%	80%		10
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		Sin Tope

Aporte Mínimo Institución de Salud de 65% aplica sólo para clinicas de alto costo Alemana, Las Condes,UC San Carlos, MEDS, Santa María, Los Andes.

BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%		30 por evento
Parto por Cesárea	100%	100%		40 por evento
Aborto involuntario	100%	100%		10 por evento
Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 21030)	70%	70%		10
Complicaciones del Embarazo	100%	100%		15
Complicaciones del Parto	100%	100%		
Tratamiento de Infertilidad y Esterilidad	70%	70%		15

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	60%	60%	1	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	60%	60%		10
Exámenes de Imageneología, Ultrasonido y Medicina Nuclear	60%	60%		10
Procedimientos de Diagnósticos	60%	60%		10
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	60%	60%		10
Kinesiología o Fisioterapia	60%	60%		10
Fonoaudiología	60%	60%		
Cirugía Ambulatoria	60%	60%		10
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos y Bioequivalentes No Genéricos	50%	50%		20
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos y Bioequivalentes No Genéricos en convenio Farmacia	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores No Genéricos	50%	50%		30
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos No Genéricos	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Genéricos y Bioequivalentes Genéricos en convenio Farmacia	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos Genéricos	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios No Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Gastos Ambulatorios				
Consulta Psiquiatría	60%	60%	1	20
Consulta Psicología	60%	60%	1	
Consulta Psicopedagogía	60%	60%	1	
Gastos Hospitalarios	60%	60%		

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos (Marcos, Cristales, Lentes de Contacto)	60%	60%		2
Cirugía Ocular (A)	60%	60%		10
Cirugía Ocular (B)	60%	60%		Sin Tope
Prótesis	60%	60%		10
Órtesis	60%	60%		
Aparatos Auditivos	60%	60%		10

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA PÓLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Obesidad Mórbida. Ver nota (5) Medicamentos Gastos Ambulatorios Gastos Hospitalarios	70%	70%		20
Cirugía por Disforia de Género	70%	70%		10
Material Yeso	60%	60%		Sin Tope

CONDICIONES SEGURO

1. No se cubren preexistencias por enfermedades conocidas con anterioridad a la vigencia del asegurado en el seguro. Por lo tanto, se cubren patologías desarrolladas durante la permanencia del asegurado en el seguro.
2. En aquellos casos en que el asegurado no esté afiliado a un Sistema de Salud Previsional, privado o estatal, no tendrá acceso a reembolsos de gastos.
3. En aquellos casos en que el asegurado esté afiliado a un Sistema de Salud Previsional, privado o estatal, y las prestaciones o gastos reclamados no cuenten con bonificación, aporte y/o reembolso mayor que cero (0) en tales instituciones, por cualquier causa que sea, se cubrirá el 50% del valor facturado y al monto resultante se aplicará los porcentajes y topes del plan contratado. Se exceptúa de este criterio Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso de que alguna de éstas esté contratada.
4. Toda prestación no detallada en el plan de beneficio anterior se entiende no cubierta.
5. Se otorga un plazo máximo de 60 días desde la fecha de emisión o renovación de la póliza para ingresar al seguro. Nuevas contrataciones de personal durante la vigencia de la póliza podrá ingresar al seguro con un plazo máximo de 60 días desde la fecha de contratación indefinida.
6. Hospitalización Domiciliaria: En el caso de contar con esta cobertura en el plan de beneficios, esta se aplicará siempre que el Sistema de Salud Previsional la cubra bajo las mismas condiciones de los gastos intrahospitalarios.
7. Parto Múltiple: En caso de contar con esta cobertura en el plan de beneficios, se aumenta el tope correspondiente (P. Normal o Cesárea), en el porcentaje indicado en el plan.
8. Maternidad (Ampliación): Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de Embarazos Preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular o cónyuge de un titular. Esta condición CUBRE los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura.
9. Complicaciones del Embarazo y Parto, Son todas aquellas complicaciones que se asocias a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón

umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc.

10. Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro
11. Se cubre Obesidad Mórbida:
    a. Considera Índice de Masa Corporal (IMC) >= 40 bajo Ítem Hospitalario.
    b. Para todos los efectos de esta póliza se considera como Obesidad Mórbida lo señalado por OMS (Organización Mundial de la Salud) con relación al Índice de Masa Corporal (IMC) 35 a 39,9, más co-morbilidades que afecten (al menos una) en forma severa la calidad de vida, dentro las cuales se considerarán: Diabetes Mellitus Tipo 2, Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad (Dislipidemia o Hipertensión Arterial), Apnea Obstructiva del Sueño Severa y/o Enfermedades Osteoarticulares Severas Candidatas a Prótesis de reemplazo. Esta condición es válida siempre y cuando la cobertura de Obesidad Mórbida se encuentre en el Plan de Beneficios Salud.
12. Las prestaciones de Kinesiología/Fonoaudiología, Psicología/Nutricionista, en el caso de tener las contratadas, requieren de derivación médica de un profesional de la especialidad.
13. Las derivaciones médicas, tendrán validez por el periodo especificado del tratamiento. En el caso de ausencia de número de sesiones, la vigencia de las derivaciones tendrá una duración de 6 meses.
14. Todo siniestro sobre 50 UF de monto reclamado tendrá un plazo de liquidación de 10 días hábiles.
15. Se deberá entregar la póliza y última nómina de cobranza de la compañía anterior, en un plazo no superior a treinta (30) días corridos contado desde el cierre comercial de esta cotización.
16. Toda restricción o eliminación de cobertura de cualquiera de los asegurados que está siendo transferido por continuidad de cobertura desde la compañía anterior deberá ser informado al momento del cierre comercial.
17. La prestación de Cirugía Maxilofacial está cubierta por accidente, no por enfermedad, salvo que las condiciones particulares así lo estipulen.
18. En caso de tener I-MED, que da expresamente establecido que la aplicación del seguro mediante esta vía, no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del seguro.
19. En caso de tener Convenio Farmacia se considerará el Vademecum de la compañía vigente.

20. BMI SÓLO CLÍNICAS ALTO COSTO (Santa María, Alemana, Las Condes, UC San Carlos, U. Los Andes y MEDS).
    Si el aporte del sistema de Salud Previsional es menor al 65% el reembolso de la compañía será calculado considerando que el Sistema de Salud Previsional reembolsó 65% del costo de la prestación, por lo que el copago del asegurado es del 35% monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúa de esta condición Medicamentos Ambulatorios, Gastos Ópticos y Salud Mental, en caso de que alguna de éstas esté contratada.
21. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320220123 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.

CONDICIONES ESPECIALES

Todo nuevo asegurado incorporado en la fecha que califica para su incorporación al seguro, pero que no cumple con lo establecido en la tabla de requisitos de asegurabilidad, será incorporado en el plan de la cobertura de salud requerido, contemplando un límite de monto máximo de reembolso anual de UF10. Se entiende que la cobertura únicamente compre de la cobertura de salud y no comprende coberturas adicionales si las hubiere
Los asegurados mayores de 70 años hasta los 90 años tendrán un tope en Salud de UF250 y dental de UF20. Incluye a su grupo familiar.
Cirugía Ocular, comprende el tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente:

a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión mayores o iguales tres (3) dioptrías y que, además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos sea mayor de veinte (20) años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de dieciocho (18) meses.

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. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.

BENEFICIOS ADICIONALES

1. Descuentos preferenciales en clínicas odontológicas asociadas a la compañía.
2. Descuentos preferenciales en ópticas asociadas.
3. Ventanilla Única en clínicas asociadas para asegurados que se encuentren afiliados a una Isapre para prestaciones programadas.
4. Los prestadores preferentes son los actualmente vigentes.

PRESTADORES PREFERENTES

1. El beneficio de prestadores preferentes implica que existe un aumento de cobertura de reembolsos para distintas prestaciones de la póliza, esto significa que la Compañía privilegiará con mayores reembolsos, y por tanto con menores costos para el asegurado, el uso de dichos prestadores para la atención del asegurado.
2. Podrán tener derecho a los presentes beneficios todos los asegurados vigentes en la póliza, de acuerdo a las condiciones generales y particulares que rigen la misma.

Prestador Preferente Hospitales Públicos

- El prestador permite el reembolso del 100% en prestaciones hospitalarias, bajo la modalidad Institucional.
- Se define la Modalidad Institucional como todos los gastos asociados al paquete indicado, incluyendo Hotelería (días cama, derecho a pabellón, etc.) y Honorarios Médicos.
- En el evento que un médico en particular no hubiere convenido honorarios con el Hospital, éstos no podrán exceder los máximos honorarios acordados por el prestador con los médicos del Staff del Hospital. En caso contrario no aplicará este prestador.

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN

PRESTACIÓN	PORCENTAJE	TOPE MÁXIMO
Día Cama [Habitación Pluripersonal]	100%	Sin Límite
Honorarios Médicos Convenidos con Clínica, Isapre o Fonasa	100%	Sin Límite
Servicios Hospitalarios	100%	Sin Límite
Deducible Año Póliza: Sin Deducible		
MÁXIMO ANUAL INCUIDO EN EL TOPE SALUD UF 300 por asegurado		

2. CONDICIONES COBERTURA DENTAL

SEGURO DENTAL - CAD320180077

COBERTURA DENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Ortodoncia y Prótesis	30%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	30
Carencia	3 meses en Ortodoncia, Prótesis e Implantes. (* Ver Observaciones)			
Tipo de Deducible				**Deducible Anual por Grupo Familiar**
Tope Deducible				**Máximo 5 por Grupo Familiar**
Deducible Titular sin cargas			**UF**	**0,9**
Deducible Titular con 1 carga			**UF**	**1,7**
Deducible Titular con 2 cargas			**UF**	**2,4**
Deducible Titular con 3 cargas			**UF**	**3,0**
Deducible Titular con 4 o más cargas			**UF**	**3,6**

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel dental Consorcio, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope (Arancel Dental de Referencia Consorcio).

3. 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

IVA incluido

Médicos NO 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

IVA incluido

Padres de Médicos Colegiados	Valor Mes
1 sólo Padre	UF 0,79
2 Padres	UF 1,58

IVA incluido

IMPORTANTE CONSIDERAR

- El valor **máximo del Programa Titular con 4 cargas**, asegurados adicionales no pagan.
- El plan padres requiere que el médico Colegiado ingrese al seguro.