

***SEGURO DE VIDA
Y
COMPLEMENTARIO DE SALUD***

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO CENTRAL

2019

GENERALIDADES DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA

El Capital asegurado en el seguro de Vida es de UF 300 y es fijo para todos los asegurados.

Las coberturas son:

- Fallecimiento
- Muerte Accidental
- Invalidez Accidental
- Invalidez ITP 2/3

Las edades de Ingreso y Permanencia son:

- Titular : Ingreso - hasta los 64 años
Permanencia – hasta los 65 años

COSTO MENSUAL POR TITULAR: UF 0, 048.- (\$1.320 aprox.)

****Este seguro de Vida cubre en forma inmediata si la causa es accidental y no cubre el fallecimiento ni la ITP 2/3 por enfermedades preexistentes****

¿ EN QUÉ CONSISTE EL SEGURO DE SALUD ?

- ❖ Reembolsa un porcentaje de los gastos de salud no cubiertos por el plan de Isapre o Fonasa del asegurado (copago), para aquellas prestaciones que se encuentren en el plan de cobertura contratado.
- ❖ Reembolsa solo medicina curativa.
- ❖ Límite anual por asegurado: UF 400
- ❖ Este seguro no cubre preexistencias
- ❖ Deducible por asegurado: UF 0,50 con un máximo por grupo familiar de UF 1,50 anual
- ❖ Cobertura para Hijos hasta los 18 o 24 años si estudian
- ❖ Cobertura para Cónyuge, ingreso hasta los 64 años y permanencia hasta los 65 años

COBERTURA DEL PLAN:

HOSPITALIZACIÓN	%	Topes Prestación	Tope Anual
Día Cama Hospitalización	70	UF 3 diarios	
Día Cama hospitalización domiciliaria	70	UF 3 diarios	
Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos	70	Sin Tope	
Ambulancia Terrestre (radio 50 kms)	70		UF 10
Cirugía Maxilofacial por Accidente	70	Sin Tope	
Cobertura Deducible GES-CAEC	100	Sin Tope	
MATERNIDAD	%	Topes Prestación	Tope Anual
Parto Normal	100		UF 15
Parto por Cesárea	100		UF 20
Aborto Involuntario	100		UF 10
Parto Múltiple	50% adicional según tipo de parto		

COBERTURA DEL PLAN:

AMBULATORIO	%	Topes Prestación	Tope Anual
Consultas Médicas	70	UF 0,80 por cons.	
Exámenes de Laboratorio	70	Sin Tope	
Exámenes Radiológicos	70	Sin Tope	
Procedimientos de diagnóstico	70	Sin Tope	
Procedimientos Terapéuticos	70	Sin Tope	
Cirugía ambulatoria	60	Sin Tope	
Cobertura Deducible GES-CAEC	100	Sin Tope	
MEDICAMENTOS	%	Topes Prestación	Tope Anual
Medicamentos No genéricos	60		UF 15
Medicamentos genéricos	90		Sin Tope
SALUD MENTAL: Psiquiatría, Psicología y Psicopedagogía	%	Topes Prestación	Tope Anual
Consulta Ambulatoria	70	UF 1 por cons.	UF 10
Gastos Hospitalarios	70		
BENEFICIOS ADICIONALES	%	Topes Prestación	Tope Anual
Kinesiología - Fonoaudiología	70	UF 0,50 por sesión	UF 10
Prótesis y Ortesis	70		UF 30
Gastos Opticos (marcos, cristales y lentes de contacto)	70		UF 3
Aparatos auditivos	70		UF 15

COSTO MENSUAL POR TITULAR SOLO:

UF 0,478.- (\$13.200 aprox.)

COBERTURA ADICIONAL DENTAL

COBERTURA: 50%

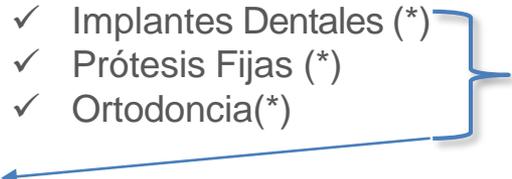
TOPE ANUAL: UF 10 por cada asegurado.

Este seguro es adicional al Plan base de Salud. Las prestaciones dentales que están cubiertas son:

Prestaciones Dentales Básicas:

- ✓ Radiología Intraoral, Higenización o Limpieza, Endodoncia y Odontopediatría
- ✓ Operatoria Dental sin Laboratorio y Cirugía Bucal Simple

Prestaciones Dentales de Especialidad:

- ✓ Radiología Oral, Operatoria Dental Completa, Periodoncia, Disfunción
 - ✓ Medicamentos (incluye antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento Dental)
 - ✓ Laboratorio Dental
 - ✓ Implantes Dentales (*)
 - ✓ Prótesis Fijas (*)
 - ✓ Ortodoncia(*)
- 

(*) Para estas prestaciones se establece una carencia de 6 meses, contada desde el inicio de vigencia del asegurado en la póliza, durante dicho período el asegurado no puede presentar gastos por estas prestaciones.

La cobertura Dental es colectiva no es optativa en forma individual

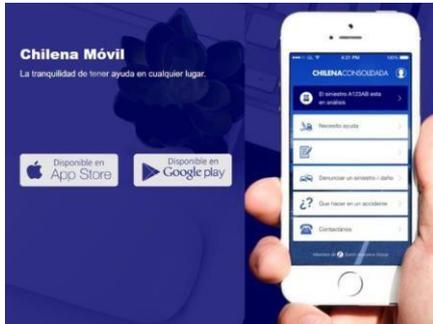
COSTO MENSUAL POR TITULAR: UF 0,105.- (\$2.900 aprox.)

OPERATIVIDAD



Pago reembolsos:

Los reembolsos se depositan en cuenta corriente o cuenta vista de los titulares.



Servicio de Internet:

Disponible para la persona encargada del seguro en la empresa y para todos los asegurados. A través de una App se puede entre otros:

- Denunciar siniestros
- Monitorear el reembolso



Sistema I-Med:

Se otorga sistema de liquidación On Line vía sistema I- Med para gastos ambulatorios, de afiliados a Isapres o Fonasa. La bonificación se efectúa en forma inmediata, al momento de la compra del BONO.

Es requisito contar con el Rut de todos los asegurados para que opere este sistema.

Ej.: BONO POR PROCEDIMIENTO AMBULATORIO: Sin IMED - Reembolso por App

- Valor del Procedimiento: \$ 125.600
- Aporte Fonasa: \$ 62.800
- El PLAN del Seguro Complementario reembolsa el 70% del monto que no cubre FONASA O ISAPRE, es decir \$ 43.960
- El costo final para el Titular es \$ 18.840 en vez de \$ 62.800 (costo que hubiese pagado sin seguro de Salud).

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

654496191

Fecha Emisión : 25/08/2016 Hora : 09:10
Afilado :
Beneficiario :
DIRECCION :

Convenio : 13 501 Integramedica
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 32 SEXO : M

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Copago del Beneficiario
0405013 RESONANCIA MAGNTICA DE RODILLA	N		1	125 600	62 800	62 800
TOTALES				125 600	62 800	62 800

Saldo copago a Pagar Beneficiario : 62 800

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76 098 454-K
DERIVADO POR :

INTEGRAMEDICA S.A.
dr

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 12 471 733-7 HORA : 09:10 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



Ej.: BONO POR EXÁMEN MÉDICO: Reembolso vía IMED

- Valor del Exámen: \$ 8.560.-
- Aporte Fonasa: \$ 2.670.-
- El PLAN reembolsa el 70% del monto que no cubre FONASA O ISAPRE.
- En este caso el seguro le reembolsa \$ 4.123.- y el costo para el titular Titular termina en \$ 1.767.- en vez de \$ 5.890 (monto que hubiese pagado sin seguro de Salud).

Fondo Nacional De Salud

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

654508405

Fecha Emisión : 25/08/2016 Hora : 10.25
Afiliado :
Beneficiario :
DIRECCION :

Convenio : 13.501 Integramedica
Plan/Grupo Ingreso : B
Edad : 32 SEXO : M

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Aporte y/o S.Complem.	Copago del Beneficiario
1701001 E.C.G. DE REPOSO (INCLUYE MINIMO 12 DERI	N		1	8.560	2.670	4.123	1.767
TOTALES				8.560	2.670	4.123	1.767

Chilena Consolidada : 4.123

Saldo copago del Beneficiario : 1.767

PROFESIONAL / INSTITUCION : 76.098.454-K
MEDICO TRATANTE : INTEGRAMEDICA S.A.
DERIVADO POR :

INTEGRAMEDICA S.A.

Firma Beneficiario

Firma Profesional/Institución

EMISOR : 13.053.973-4 HORA : 10.25 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION

654508405

Ej.: BONO POR CONSULTA MEDICA: Aplicación Deducible

- Valor Consulta: \$ 13.570.-
- Aporte Fonasa: \$ 8.140.-
- En este caso el seguro le debería reembolsar el 70% de \$ 5.430 es decir \$ 3.801 pero como se hay un deducible que consumir al inicio de la vigencia, la compañía no reembolsa porque va descontando el monto que le correspondería devolver, al deducible anual. Cuando se complete ese deducible que es de UF 0,50 por persona, comienzan los reembolsos en forma normal.

Fondo Nacional De Salud		BONO DE ATENCION AMBULATORIA				654130804		
Fecha Emisión	: 18/08/2016	Hora	: 18:28	Convenio	: 14,243	Clinica Lo Curro S.A.		
Afiliado	:	Plan/Grupo Ingreso	: B	Edad	: 32	SEXO : M		
Beneficiario	:							
DIRECCION	:							
Prestación		H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadador	Aporte y/o S.Complem.	Copago del Beneficiario
0101003	CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES	N		1	13,570	8,140	0	5,430
TOTALES					13,570	8,140	0	5,430
Chilena Deducible: 3.801		:	0					
Saldo copago del Beneficiario		:	5,430					
PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.696,010-8				CLINICA LO CURRO S.A.				
MEDICO TRATANTE :								
Firma Beneficiario				Firma Profesional/Institución				
EMISOR : 18,756,539-1		HORA	: 18:29	VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION				
654130804								

Ej.: BOLETA DE PRESTACIÓN DENTAL:

El PLAN tiene una cobertura de 50%, según el Arancel UCO del Colegio de Dentistas

Ejemplo:

Valor Composite: \$ 42.000

Aporte Isapre: \$ 0

Reembolso: **\$ 21.000**

KINDER SONRISA SPA.
ODONTOLOGIA
RUT: 76.190.008-0
Camino Chicureo km. 1
Centro Comercial Las Terrazas, Local 12
Teléfonos: 2 2738 3190 - 2 2738 3015
Celular: 9 6 571 7020
Email: kinderodontologia@gmail.com

www.kindersonrisa.cl

BOLETA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A.

Nº 013644

Día	Mes	Año
17	10	2017

Señor(es) Clemente Herrera Silva

Dirección _____ Fono _____

RUT _____ Ciudad _____ Comuna _____

Por atención Profesional _____

Composite Composite
pieza 9

Dr. Catalina Dionizis Brancoll
Rut.: 15.685.597-9
Cirujano Dentista
Odontopediatra

Total \$ 42.000.-

Ej.: BOLETA DE MEDICAMENTOS:

Ejemplo:

Valor Medicamento: \$ 14.490
Aporte Isapre: \$ 0
Reembolso 60%: \$ 8.694
A pagar por el asegurado: \$ 5.796.-

Consideraciones importantes:

- ✓ Para que el reembolso se haga efectivo, se debe presentar la receta, que queda retenida en la farmacia, y que debe indicar:
 - Nombre y Rut del paciente
 - Nombre del medicamento
 - Indicación de la cantidad y días de tratamiento. Solo se despachan recetas por 1 mes de tratamiento y si son a permanencia se renuevan mes a mes)
- ✓ Se reembolsan medicamentos curativos, prescritos por un Médico.
- ✓ No se considera medicamento:
 - Sustancias indicadas para el reemplazo de alimentos
 - Cremas u otros con propósito de cosmética o de higiene
 - Cualquiera que catalogado como producto de tratamiento experimental, homeopatía, natural, alternativo ni Recetarios Magistrales

FARMACIA SALCOBRAND

R.U.T.:

Casa Matriz: AVENIDA EL SALTO # 4875, HUECHURABA,
HUECHURABA

Giro: FARMACIAS Y PERFUMERIAS, SERVICIOS DE ENFERMERIA,
VENTA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS, MINIMARKET, SERVICIOS
POSTALES Y DE RECAUDACION

Boleta Electrónica N°: 321530605 Caja: 3

Fecha: 29-01-2019 Hora: 14:44:36

Sucursal: 24 ALAMEDA 3002 EC

CIA D SEGUROS DE VIDA

Venta Por Convenio

Conv.: 7444/621

ARTICULO	CANT	PRECIO	VALOR
CHELTIN FC CON.30	1	14.490	14.490
***Bonificacion			- 8.694
SUBTOTAL BOLETA \$			5.796
TOTAL EXENTO \$			0
TOTAL \$			5.796

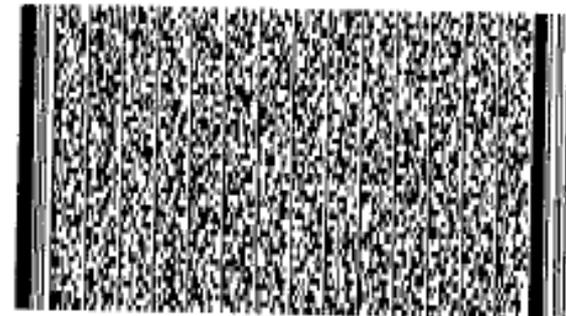
PRODUCTOS 1 UNIDADES 1

CAROLINA ANDREA HIDALGO

Vendedor: 11107 JULIA MUÑOZ MUÑOZ

[189319]

A.228082877



Tiempo Electrónico SII
Res. 19 7-2-2011 Verifique Documento:

RESÚMEN DE COSTOS MENSUALES POR CADA TITULAR

- ❖ Seguro de Vida UF 0,048 (aprox. \$ 1.320.-)
 - ❖ Seguro de Salud UF 0,478 (aprox. \$ 13.170.-)
 - ** Costo Mensual : UF 0,526 (\$14.490) aprox.**
-

- ❖ Seguro de Vida: UF 0,048 (aprox. \$ 1.320.-)
- ❖ Seguro de Salud: UF 0,478 (aprox. \$ 13.170.-)
- ❖ Seguro Dental: UF 0,105 (aprox. \$ 2.900.-)
- ** Costo Mensual : UF 0,631 (\$17.420) aprox.**

**Este costo ha sido calculado en base a un mínimo de 900 titulares asegurados.