

Seguro Complementario de Salud - Plan de Beneficios DIBAM (3ra vigencia)

PRESTACIONES	REEMBOLSO	BONO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL	CoPago Mínimo	BMI
BENEFICIOS AMBULATORIOS						
101 - Consulta Médicas General	50.00%	70.00%	UF 0.50	UF 10.00	Si	0
104 - Exámenes de Laboratorio	40.00%	60.00%	Sin Tope	UF 15.00	Si	0
105 - Exámenes Radiológicos	40.00%	60.00%	Sin Tope	UF 15.00	Si	0
106 - Procedimientos de Diagnóstico	40.00%	60.00%	Sin Tope	UF 15.00	Si	0
107 - Fonoaudiología y Kinesiología	40.00%	60.00%	Sin Tope	UF 15.00	Si	0
110 - Procedimientos Quirúrgicos "Cirugía Ambulatoria"	60.00%	60.00%	Sin Tope	UF 50.00	Si	0
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS						
201 - Medicamentos Ambulatorios de Marca	50.00%	50.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
204 - Medicamentos Ambulatorio Genéricos	100.00%	100.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
205 - Medicamentos Ambulatorios de Marca (\$1.400 deducible x Transacción)	50.00%	50.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
206 - Medicamentos Ambulatorios Genéricos (\$1.400) deducible x Transacción	100.00%	100.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
BENEFICIOS HOSPITALARIOS						
301 - Día Cama Medicina o Cirugía	80.00%	80.00%	UF 5.00	Evento(s) 30.00 <	Si	0
303 - Día Cama UTI/UCI, Intermedio, Recuperación, Incubadora y Sala Cuna	60.00%	60.00%	UF 60.00	Sin Tope	Si	0
304 - Honorarios Medicos Quirúrgicos y Servicio que Incluye : exámenes y procedimientos, equipos, medicamentos, insumos, cirugía dental por accidentes, enfermería y ambulancia terrestre (radio 50km.)	60.00%	60.00%	UF 60.00	Sin Tope	Si	0
309 - Exceso Día Cama Medicina o Cirugía desde día 31	70.00%	70.00%	UF 4.00	Sin Tope	Si	0
305 - Exceso Serv. Hospitalario y Honorarios Médicos Quirúrgicos	50.00%	50.00%	Sin Tope	Sin Tope	Si	0
BENEFICIO DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA						
501 - Consultas y Tratamiento	50.00%	50.00%	UF 0.50	UF 15.00	No	0
502 - Gastos Hospitalarios	50.00%	50.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
OTROS BENEFICIOS						
601 - Cristales, Marcos y Lentes de Contacto	70.00%	70.00%	Sin Tope	UF 3.00	No	0
603 - Cirugía Oftalmológico (excluye Láser)	70.00%	70.00%	Sin Tope	UF 3.00	No	0
620 - PRESTACIONES SIN COBERTURA	0.00%	0.00%	Sin Tope	Sin Tope	No	0
616 - Gasto Donante Vivo	100.00%	100.00%	Sin Tope	UF 30.00	Si	0
617 - Gasto Donante Post Mortem	100.00%	100.00%	Sin Tope	UF 20.00	No	0
618 - Tratamiento Obesidad Mórbida (IMC >=40)	60.00%	60.00%	UF 50.00	Sin Tope	Si	0
619 - Deducible prestaciones GES-CAEC "Auge"	100.00%	100.00%	Sin Tope	Sin Tope	No	0
613 - Prótesis y Ortesis (Incluye audífonos y silla de ruedas)	70.00%	70.00%	Sin Tope	UF 15.00	No	0
615 - Cirugía Láser Ocular (= ó > a 5 dioptrías)	60.00%	60.00%	UF 7.00	UF 14.00	No	0
704 - Parto Multiple	50.00%	80.00%	UF 7.50	Sin Tope	Si	0
705 - Parto Multiple Cesarea	50.00%	80.00%	UF 10.00	Sin Tope	Si	0
MATERNIDAD						
701 - Parto Normal	50.00%	100.00%	UF 15.00	Sin Tope	Si	0
702 - Parto Cesárea	50.00%	100.00%	UF 20.00	Sin Tope	Si	0
703 - Aborto No Voluntario	50.00%	100.00%	UF 10.00	Sin Tope	Si	0
RELIQUIDACION DE BENEFICIOS						
801 - RELIQUIDACION DEDUCIBLES-TOPES-BMI	100.00%	100.00%	Sin Tope	Sin Tope	No	0

Deducible

Tramos Grupo Familiar	Monto
Asegurado Solo	0.50
Asegurado con un dependiente	1.00
Asegurado con dos o más dependientes	1.50