

Planes de Cobertura

Seguro Complementario Salud Universidad Católica del Maule

Vigencia 01/04/2023 – 30/06/2024

Plan Salud

COBERTURA HOSPITALIZACIÓN					
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama Hospitalización (General), hasta 30 días	100%	100%	100%	50%	UF 3.0 Diario
Día Cama Hospitalización (General), desde el día 31	100%	70%	70%	35%	UF 2.5 Diario
Día Cama en Domicilio (Home Care) (hasta 30 días anuales)	--	70%	70%	35%	UF 2.0 Diario
Día Cama Acompañante (hijos =< 14 años) (hasta 5 días por evento)	--	70%	70%	35%	UF 1.5 Diario
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	100%	100%	50%	25%	UF 20 Por evento
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	100%	50%	25%	
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	100%	50%	25%	
Medicamentos Hospitalarios	100%	100%	50%	25%	
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	100%	50%	25%	
Derecho Pabellón	100%	100%	50%	25%	
Honorarios Médicos	100%	100%	50%	25%	
Después del tope UF 20, por evento.	100%	80%	80%	40%	Sin Tope
Bono Pad Fonasa Hospitalario	--	100%	--	--	UF 55 Anual
Servicio Privado de Enfermera (en recinto hospitalario)	--	50%	50%	25%	UF 5 Anual
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	80%	80%	40%	UF 10 Anual
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	80%	80%	40%	UF 15 Anual
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	50%	50%	25%	UF 25 Anual
Gasto Donante Vivo	--	80%	80%	40%	UF 25 Anual
Gasto Donante Post-Mortem	--	80%	80%	40%	UF 20 Anual
Cirugía Bariátrica	--	100%	100%	50%	UF 20 Anual
Interrupción Voluntaria del Embarazo	--	50%	50%	25%	UF 25 Anual
Cirugía por Disforia de Género	--	80%	80%	40%	UF 50 Anual
Cirugía Rinolaringológica o Septoplastía	--	80%	80%	40%	UF 15 Anual
Cirugía Reducción Mamaria con fines terapéuticos	--	80%	80%	40%	UF 25 Anual
Cirugía por Patologías o Malformaciones Congénitas	--	50%	50%	25%	UF 20 Anual

COBERTURA HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD					
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Parto Normal	--	100%	100%	50%	UF 15 Anual
Cesárea	--	100%	100%	50%	UF 20 Anual
Aborto Espontáneo	--	100%	100%	50%	UF 10 Anual
Parto Múltiple	Se aumenta 50% de tope, por cada hijo nacido vivo				
Complicaciones del Embarazo y Parto (según definición)	--	50%	50%	25%	UF 10 Anual
Tratamientos infertilidad y Esterilidad	--	80%	80%	40%	UF 10 Anual

COBERTURA AMBULATORIA					
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	--	75%	75%	38%	Sin Tope
Consulta Nutricionista	--	50%	50%	25%	UF 0.40
Exámenes de Laboratorio	--	60%	60%	30%	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	--	60%	60%	30%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	--	70%	70%	35%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (<i>incluye medicamentos</i> materiales/insumos, y excluye (*))	--	70%	70%	35%	Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	--	70%	70%	35%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	--	80%	80%	40%	Sin Tope

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS		
Descripción Prestación	% Reembolso	Tope UF
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>a través de convenio</i>)	100%	Sin Tope
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%	
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (<i>sin convenio</i>)	100%	
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>a través de convenio</i>)	60%	
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	60%	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	60%	
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	60%	
Tratamiento para el crecimiento	80%	UF 10 Anual

COBERTURA DE SALUD MENTAL					
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF Por Sesión / Por Prestación	Tope UF Anual
Consulta o Sesiones Psiquiátricas	50%	50%	25%	UF 1.0 / Sesión	UF 20
Consulta o Sesiones Psicológicas	50%	50%	25%	UF 1.0 / Sesión	
Consulta o Sesiones Psicopedagógicas	50%	50%	25%	UF 1.0 / Sesión	
Tratamiento de Terapia Ocupacional	50%	50%	25%	UF 0.3 / Sesión	
Tratamiento por adicción a droga o alcoholismo (según definición)	50%	50%	25%	UF 0.3 / Sesión	
Hospitalización Psiquiátrica	50%	50%	25%	--	

OTRAS COBERTURAS					
Descripción Prestación	Prestadores Preferentes	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	--	80%	80%	40%	UF 2.0 Anual
Servicio Ambulancia Aérea	--	80%	80%	40%	UF 10 Anual
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	--	60%	60%	30%	UF 5 Anual
Cirugía Ocular a)	--	80%	80%	40%	UF 10 Anual
Cirugía Ocular b)	--	80%	80%	40%	Sin Tope
Prótesis (Ambulatorio y Hospitalario) [excluye (**)]	--	80%	80%	40%	UF 20 Anual
Ortesis / Plantillas Ortopédicas (Ambulatorio y Hospitalario) [excluye (**)]	--	80%	80%	40%	UF 5 Anual
Aparatos Auditivos	--	80%	80%	40%	UF 5 Anual
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	--	80%	80%	40%	Sin Tope
Mamografía preventiva	--	80%	80%	40%	UF 2 Anual
Citodiagnóstico (PAP)	--	80%	80%	40%	UF 1 Anual
Estudio preventivo de la próstata	--	80%	80%	40%	UF 1 Anual
Capital Anual por persona UF 400					

Deducible por Grupo Familiar – Plan Salud		
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Titular solo	UF 0.20
	Titular con 1 carga	UF 0.40
	Titular con 2 o + cargas	UF 0.60

Planes de Cobertura – Plan Dental
 Seguro Complementario Salud Universidad Católica del Maule
 Vigencia 01/04/2023 – 30/06/2024

Plan Dental

Cobertura Dental	% Reembolso	Tope Anual
Consulta (estudio preliminar)	50%	UF 12
Atención Urgencia	50%	
Higiene o Profilaxis (una vez por año)	50%	
Fluoración (menores de 14 años)	50%	
Radiografías Dental	50%	
Cirugía Bucal	50%	
Operatoria Dental	50%	
Endodoncia	50%	
Prótesis Dental (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	
Odontopediatría	50%	
Periodoncia	50%	
Implantes Dentales, incluye materiales. (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	
Disfunción (Plano y tratamiento)	50%	
Medicamentos Dentales	50%	
Bono Pad Fonasa Dental	50%	
Laboratorio Dental	50%	
B-Ortodoncia :		
Ortodoncia (primeros 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por accidente)	50%	

Deducible por Grupo Familiar – Plan Dental		
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Empleado Solo	UF 0.50
	Empleado con 1 carga	UF 1.00
	Empleado con 2+ cargas	UF 1.50

Plan Catastrófico

COBERTURA HOSPITALIZACIÓN				
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama General hasta 30 días	100%	100%	50%	Sin Tope
Día Cama General desde día 31	100%	100%	50%	Sin Tope
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamiento Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna.	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	100%	100%	50%	Sin Tope
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	100%	100%	50%	Sin Tope
Medicamentos Hospitalarios	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	100%	100%	50%	Sin Tope
Derecho Pabellón	100%	100%	50%	Sin Tope
Honorarios Médicos	100%	100%	50%	Sin Tope
Bono Pad Fonasa Hospitalario	100%	--	--	UF 55 Anual
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	100%	50%	UF 30 Anual
Cirugía Maxilofacial por Accidente	100%	100%	50%	UF 30 Anual
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	100%	100%	50%	UF 20 Anual

COBERTURA AMBULATORIA				
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Consulta General y de Especialista, Domiciliaria y Urgencia	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	100%	100%	50%	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico (incluye materiales/ insumos)	100%	100%	50%	Sin Tope
Procedimientos Terapéuticos (<i>incluye medicamentos</i> materiales/insumos, y excluye materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	100%	100%	50%	Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	100%	100%	50%	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales/insumos, medicamentos) (no incluye Cirugía Ocular)	100%	100%	50%	Sin Tope

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS		
Descripción Prestación	% Reembolso	Tope UF
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	Sin Tope
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	
Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (<i>sin convenio</i>)	50%	

OTRAS COBERTURAS				
Descripción Prestación	Bono	Libre Elección	Sin aporte Institución de Salud	Tope UF
Servicio Ambulancia Terrestre (Radio Máximo 50 Km.)	100%	100%	50%	UF 30 Anual
Servicio Ambulancia Aérea	100%	100%	50%	UF 50 Anual
Prótesis y Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	100%	100%	50%	UF 30 Anual
Después de consumido el monto máximo del seguro de salud // UF 400				
Monto máximo de reembolso (anual), año póliza y por beneficiario UF 1.500				