

SEGURO COMPLEMENTARIO SALUD, CATASTROFICO Y DE VIDA

Extensión JULIO – DICIEMBRE 2018

Prima mensual \$16.500.- aprox.
Independiente del numero de cargas legales.



CONOSUR
seguros & reaseguros

Seguro Complementario de **Salud y Catastrófico**

- Cubre todas las enfermedades Preexistentes.
- Sin límite de edad.
- Cubre al titular y sus cargas legales
- Cobertura por persona de **200 UF** Anual.
- Monto anual del Seguro Catastrófico: **1.000 UF** por grupo familiar asegurado.

• **Deducible:**

- Titular Solo: 0,25 UF (aprox. \$6.770.-)
- Titular con una carga: 0,50 UF (aprox. \$13.540.-)
- Titular con dos o más cargas: 0,75 UF (aprox. \$20.310.-)

Cuadro de Beneficios de Salud

COBERTURAS SALUD	% BONO	% VÍA REEMBOLSO	TOPE POR EVENTO	TOPE ANUAL UF
GASTOS AMBULATORIOS				
Consultas Médicas	70%	50%	UF 0,5	UF5
Exámenes y Procedimientos	60%	40%	sin tope	UF7,5
Cirugía Ambulatoria (incluye Cirugía Laser con Dioptrias igual o superior a 5)	60%	60%	sin tope	UF20
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	80%	80%	UF15 anual por persona	
Medicamentos Ambulatorios de Marca	40%	40%		
PSIQUIATRIA Y/O PSICOLOGÍA				
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	50%	50%	UF 0,5	UF5
Hospitalización Psiquiátrica y/o Psicológica	50%	50%		UF7,5
OTROS GASTOS AMBULATORIOS				
Óptica (incluye marcos, cristales y lentes de contactos)	70%	70%	UF1,5 anual por persona	
Prótesis y Órtesis (incluye audífonos y silla de ruedas)	70%	70%	UF7,5 anual por persona	
GASTOS HOSPITALARIOS				
Día Cama hasta 30 días	80%	80%	UF5	30 días
Día Cama exceso 30 días	70%	70%	UF4	sin tope
Servicios Hospitalarios y Honorarios Médicos Quirúrgicos (Derecho a Pabellón - Cirugía Dental por Accidente - Ambulancia Terrestre, Servicio de Enfermería, Medicamentos e Insumos)	50%	50%	sin tope	sin tope
MATERNIDAD				
Parto Normal	50%	50%		UF7,5
Cesárea	50%	50%		UF10
Aborto no Voluntario	50%	50%		UF5
SIN COBERTURA - NO CODIFICADOS				
GASTOS NO CODIFICADOS POR ISAPRE O FONASA	50%	50%		UF7,5
GASTOS SIN BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO				
MONTO MAXIMO A REEMBOLSAR AL AÑO			UF 200 POR PERSONA	

COBERTURA CATASTRÓFICO	% Con Cobertura Isapre/Fonasa	TOPE ANUAL UF
GASTOS AMBULATORIOS		
Consultas Médicas	100%	sin tope
Exámenes	100%	sin tope
Medicamentos	50%	sin tope
Drogas antineoplásicas	80%	sin tope
Procedimientos	100%	sin tope
GASTOS HOSPITALARIOS		
Día Cama	100%	sin tope
Día cama UTI/ Intermedio	100%	sin tope
Honorarios Médicos	100%	sin tope
Derecho a pabellón	100%	sin tope
Cirugía dental por accidente	100%	sin tope
Servicio de Ajmbulancia (50 kms)	100%	sin tope
Medicamentos - Insumos	100%	sin tope
Servicio de Enfermería	100%	sin tope
Servicios Hospitalarios (otros gastos)	100%	sin tope
GASTOS SIN BONIFICACION ISAPRE O FONASA SERÁN CANCELADOS AL 50% DEL ITEM RESPECTIVO		
DEDUCIBLE ANUAL		UF 12,5
MONTO ANUAL POR GRUPO FAMILIAR		UF 1000

Otras Coberturas

- **Control Ginecológico**: consulta médica, exámen papanicolau, antimicóticos, ecotomografía transvaginal, mamografía.
- **Control niño sano**: consulta pediátrica hasta los 12 años, radiografía de cadera hasta los 5 meses y vitaminas.

Gastos Médicos en el Extranjero: Se otorgará cobertura bajo la misma modalidad existente en el plan de beneficios , siempre que sean gastos efectuados en zonas fronterizas o en comisión de servicio del asegurado y cuando no estén cubiertos por la ley 16.744.

Reembolso con Excedentes: Se hará efectivo el pago del siniestro cuyo copago sea realizado con los excedentes de Isapre, toda vez que el bono original, indique claramente el monto cancelado.

Sin bonificación del Sistema Previsional:

Si su sistema Previsional (Isapre – Fonasa – Capredena) no otorga cobertura a alguna prestación, dicha institución deberá timbrar la boleta o factura como “**No Bonificable**”, en tal caso, el seguro pagará el 50% del ítem respectivo indicado en el plan de beneficios, esto, sobre la columna “**vía reembolso**”.

* Fonasa y Capredena no siempre timbran el documento.

Gastos no codificados:

Todas aquellas prestaciones, que no hayan sido codificadas en el arancel Fonasa y que por defecto no tienen cobertura en su sistema previsional, ingresarán al ítem de “**Gastos no Codificados**”, por tanto serán cancelados al 50% de cobertura con un tope anual de UF 15 por persona.

Plazo de Presentación de gastos: 90 días corridos desde la fecha de prestación. Para los gastos Hospitalarios, se considerará la fecha de pago indicada en los documentos contables.

Apelaciones: deberán realizarse en un plazo no superior a 60 días corridos, desde la fecha de la liquidación.

Pago de siniestros de salud:

- Se realizará en un máximo de **7 días hábiles** desde la fecha de recepción de los gastos en la compañía.
- Todos los gastos presentados cuyo pago supere el \$1.000.000 es enviado a contraloría médica de BCI Seguros y es resuelto en **15 días hábiles**.

Pago parcial de hospitalización:

- Para todas las prestaciones **Hospitalarias** incurridas a contar del año 2014, se procederá con la bonificación parcializada de la cuenta hospitalaria, de forma que aquellos gastos que aun no hayan sido cancelados por el asegurado, quedarán pendiente de liquidación hasta completar los documentos contables faltantes.



SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACION DEL MEDICO (Use exclusivo del Médico)

Agradeceremos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (letra imprenta)

Fecha de Atención: _____

Fecha inicio de síntomas que originaron la consulta: _____

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad: _____

Tratamiento e Indicaciones Médicas

Tratamiento Prolongado o a permanencia SI NO Período de Tratamiento: _____

Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar

Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Fecha de Atención: _____

Breve descripción del accidente: _____

En caso de embarazo:

Fecha Probable fecundación: _____ Fecha Diagnóstico: _____ FPP: _____

Nombre del Médico: _____ R.U.T.: _____

Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACION DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____ R.U.T.: _____

Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:
 SI NO N° Liquidación: _____ Diagnóstico Anterior: _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS						
Bancos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total

Total Gastos Solicitados: \$ _____

(Gastos efectivamente incurridos por el asegurado)

Fecha: _____

Firma: _____

DECLARACION DEL CONTRATANTE

1. Siempre debe completar el Formulario.
2. Un Formulario por cada paciente.
3. Indicar en el Formulario, diagnóstico (s).
4. Firma y timbre del Médico.

- El Formulario se obtiene en:
 - Su propia institución en papel.
 - En la intranet de la institución.
 - En www.conveniomaticobciseguros.cl
- Si existe una continuación de tratamiento debe señalarlo en el formulario, mencionando el diagnóstico con su puño y letra.
- En caso de atención de urgencia **NO** requiere la declaración del médico en el formulario, solo el documento de Atención de Urgencia.
- Solo en casos excepcionales se podrá entregar un **Certificado Médico** para reemplazar la declaración del Médico Tratante.

Al formulario anterior se deben adjuntar los siguientes documentos de la Isapre o Fonasa:

Si usó bono:

- Bono original copia cliente o afiliado

Si usó sistema de reembolso:

- Comprobante de reembolso (emitido por la Isapre/Fonasa) original cliente o afiliado, **no fotocopia** y fotocopia de boleta o factura.

Si cobró antes en otro seguro:

- Original de la liquidación de reembolsos y fotocopia simple de todos los documentos presentados a la cía. de seguros.

Para Medicamentos

Receta original, con nombre del paciente, medicamento, fecha y timbre del médico.

Boleta original, con el desglose de medicamentos (nombre y valor en \$) y timbre de la farmacia.

Medicamentos con indicación a permanencia

Para efectuar el cobro de medicamentos permanentes, debe ingresar la receta médica original, con la boleta original. La compañía visará la receta y se la devolverá con una carta. En lo sucesivo el asegurado hace el cobro con fotocopia de la receta y original de la boleta. Las recetas médicas a permanencia tienen una duración de 6 meses, desde la fecha de emisión. Al cabo de este plazo debe enviar una nueva receta médica.

Gastos de farmacia sin cobertura

- Medicamentos con finalidad solo preventiva, homeopatía, vitaminas, vacunas.
- Jabones y Champú especiales.
- Filtros, lociones solares y cremas faciales.
- Anticonceptivos.
- Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sean con fines terapéuticos.
- Insumos ambulatorios no asociados a cirugía ambulatoria.
- Tratamientos para adelgazar.

En línea con la salud: A través de este sistema, el asegurado y sus cargas legales, vigentes en la póliza, accederán a la cobertura en línea, al momento de la compra del bono.

¿Cómo opera el Sistema IMED?

Para acceder al beneficio, todas las cargas deben estar ingresadas en la nómina del seguro con su propio n^o de Rut, no bajo el Rut del Titular.



¿Qué cubre el sistema IMED?

- Consultas médicas y de urgencia.
- Exámenes de laboratorio y Rx.

Procedimientos Automáticos

Banmedica

BONO DE ATENCION AMBULATORIA

158347470

Fecha Emisión : 08/06/2009 Hora : 19:02
 Afiliado :
 Beneficiario :
 DIRECCION :

Convenio : 13.537 Clinica Indisa
 Plan/Grupo Ingreso : BVIDA6
 Edad :

Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiadore	Aporte S. Complem.	Copago del Beneficiario
0101001 ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ADULTO	N		1	18.462	4.152	10.017	4.293
TOTALES				18.462	4.152	10.017	4.293

SEGURO COMPLEMENTARIO  : 10.017

Saldo copago del Beneficiario : 4.293

PROFESIONAL / INSTITUCION : 96.631.140-1
 MEDICO TRATANTE : EDUARDO MENDEZ PARRAGUEZ

Indisa Diagnostico
 Especialidad :CARDIOLOGIA ADULTOS

 Firma Beneficiario

 Firma Profesional/Institución

EMISOR : 9.704.755-3 HORA : 19:03 VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION



158347470

Procedimientos Automáticos

- Existe convenio con las cadenas de farmacias, Farmacias SalcoBrand y Farmacias Cruz Verde, con su Cédula de Identidad accederá a los beneficios del Seguro de Salud en forma inmediata.
- Los Medicamentos de tipo permanente quedan inscritos en la Farmacia y los podrá retirar en la fecha estimada para Usted.



El Seguro Complementario de Salud no reembolsa ningún gasto que sea consecuencia o provenga de tratamientos:

- Estéticos, plásticos, dentales, ortopédicos con fines de embellecimiento, ni sus consecuencias.
- Por adicción a drogas, alcoholismo, tabaquismo, causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- Derivados de intentos de suicidio, lesiones auto-inferidas y abortos provocados.
- SIDA y/o cualquier otro cuadro producido o favorecido por el VIH, sus consecuencias y complicaciones.
- Para adelgazar. Por obesidad no mórbida, (Índice de Masa Corporal inferior a 40).
- Homeopáticos, médicos no tradicionales o experimentales, empíricos, recetario magistral, iriología, reflexología y de medicina alternativa.

- Dentales, como cualquier tipo de cirugía maxilofacial, salvo la necesaria a raíz de un accidente ocurrido durante la vigencia del asegurado en la póliza y siempre que se haya contratado la cobertura correspondiente.
- Con remedios o vacunas solo para prevención, no esenciales o necesarios para el diagnóstico de una incapacidad.
- Visitas médicas, exámenes, medicamentos, remedios o vacunas para el solo efecto preventivo (vitaminas).
- Hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o asilamiento.
- Estudios de diagnóstico, tratamientos y procedimientos que tengan relación con problemas de esterilidad, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones o consecuencias. Cualquier método anticonceptivo.

- Alimentos o sustitutos alimenticios, aunque sea con fines terapéuticos.
- Cremas, lociones faciales, jabones, champú, filtros solares, medias antiembólicas o para tratamiento de várices que no incorporan un principio activo.
- Negligencia, imprudencia o culpa grave. Como el manejo en estado de ebriedad o cruce irresponsable de calles.
- Hospitalización domiciliaria, atención de enfermera particular fuera del recinto hospitalario.
- Gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
- Lesión o enfermedad surgida de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

- Insumos Ambulatorios no asociados a una cirugía.
- Adquisición o arriendo de equipos como: camas médicas, ventiladores mecánicos, máquinas para la apnea.
- Participación en una actividad o deporte riesgoso. Estos son aquellos que acentúan el riesgo o implican medidas de protección o seguridad para realizarlos. Por ejemplo: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- Criopreservación. Compra de células madre, sangre, hemoderivados y cualquier otro tejido u órgano.

Seguro Colectivo **de Vida**

Capital asegurado Fallecimiento:

Hasta los 74 años	UF 50
Desde los 75 años y hasta los 79 años	UF 20
Desde los 80 y hasta los 85 años	UF 15
(cumplidos 85 años y 364 días, cesa la cobertura de vida)	

- Pago de siniestros de Vida: entregados los antecedentes, en un plazo no superior a 15 días, se responde o liquida.

Seguro de Vida **Adicional**

Capital asegurado Fallecimiento:

Hasta los 75 años	UF 200
-------------------	--------

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA GRUPAL

IDENTIFICACIÓN ASEGURADO

R.U.T.:	Nombre:
---------	---------

IDENTIFICACIÓN PÓLIZA

Empleador:	Póliza:
------------	---------

Nombre Beneficiarios	Fec. Nacimiento	Parentesco	%

NOTA: Favor completar todos los ítems solicitados

Fecha: ____ / ____ / ____

Cada Titular, deberá llenar el formulario de “Designación de Beneficiarios” de puño y letra, indicando el (los) nombre (s) y porcentaje (s) que asigna. El original debe ser entregado al Servicio de Bienestar y luego enviado a Conosur.

Si el fallecimiento del asegurado titular fuere causado por, entre otras:

- Suicidio (durante el primer año de vigencia del asegurado en la póliza).
- Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar indemnización.
- Participación en una actividad o deporte riesgoso. Estos son aquellos que acentúan el riesgo o implican medidas de protección o seguridad para realizarlos. Por ejemplo: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.