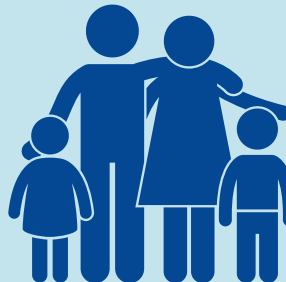


Coberturas

PERIODO DE CARENCIA	PRESTACIONES	APORTE COLABORADOR
3 meses posteriores a la fecha de ingreso.	Bonificaciones de gastos médicos ambulatorios y de urgencia	\$ 18.887* Por grupo Familiar *reajuste segun IPC, cada 6 meses 
6 meses posteriores a la fecha de ingreso.	Bonificación Dental	
No aplica carencia	Uso de convenios	

ATENCIONES	PRESTACIONES	%BONIFICACION	TOPE	TOPE MAXIMO
 AMBULATORIAS	Consulta Médica	100%	\$ 8.000	SIN TOPE DE EVENTOS
	Consulta Urgencia, Domiciliaria, Visita Médica	100%	\$15.000	
	Consulta Psiquiatria, Psicología, Psicopedagogía	100%	\$ 5.000	
	Consulta Nutricionista, Fonoaudiología.	100%	\$ 6.000	
	Exámenes de Laboratorio			
	Imagenología	50%	Arancel Fonasa	SIN TOPE DE EVENTOS/ ANUAL POR BENEFICIARIO
	Procedimientos terapeuticos /Kinesiologicos			
	Honorarios médicos quirúrgicos ambulatorios			
	Medicamentos con receta	50%	2 U.F	
	Insumos ambulatorios	40%	2 U.F	
 HOSPITALARIAS	Tratamiento oncológico	100%	\$150.000	POR EVENTO
	Tratamiento de esterilidad e infertilidad	30%	3 U.F	ANUAL
 DENTALES	Programas Médicos	60%	20 U.F	ANUAL POR GRUPO FAMILIAR
	Prestaciones Dentales en convenio	70%	\$800.000	
	Prestaciones Dentales externos sin convenio	35%	\$400.000	
 OTRAS COBERTURAS	Prestaciones Dentales Mixtas (con/sin convenio)	40%	\$600.000	ANUAL POR BENEFICIARIO
	Lentes Opticos o de contacto con receta	100%	\$60.000	
	Audifonos	100%	2 U.F	
	Articulos Ortopédicos	50%	0.4 U.F	
	Traslados en ambulancia	50%	0.5 U.F	POR EVENTO

