

TIPO PLAN INDIVIDUAL GRUPAL

 N° FOLIO FUN

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO PF-53

FAMILY INDISA 2114

6391
FAMIND2114

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (*)				LIBRE ELECCION (**)							
	% DE BONIFICACION	TOPE DE BONIFICACION	COPAGO FIJO	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO	% DE BONIFICACION	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO					
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA												
Día Cama	80% en Clínica Indisa en Habitación Individual Estándar, Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	80%	4.80 UF	Sin Tope					
Día cama cuidados intensivos o coronarios						7.60 UF						
Día cama cuidados intermedios						6.50 UF						
Día cama Sala Cuna						2.00 UF						
Día cama Incubadora						4.00 UF						
Día cama Transitorio y Observación						1.50 UF						
Derecho Pabellón					5.42 AC	30.00 UF						
Exámenes de Laboratorio					2.55 AC							
Imagenología					80%	15.00 UF por evento	19.00 UF					
Kinesiología						9.50 UF por evento						
Medicamentos					80%	2.55 AC	Sin Tope					
Materiales e Insumos Clínicos						13.00 AC						
Procedimientos						0.50 UF						
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)	80%	0.50 UF	35.00 UF									
Visita por Médico Tratante		3.05 AC										
Visita por Médico Interconsultor	80%	2.55 AC	2.20 UF									
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis		20.00 UF por ciclo										
Traslados Médicos	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	80%	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente						
Quimioterapia												
AMBULATORIAS												
Consulta Médica	Copago Fijo 0.38 UF con Médicos staff en convenio en Clínica Indisa, Integramédica y Dial Médica	Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	70%	0.50 UF	Sin Tope					
Consulta Médica en Serv. de Urgencia	Copago Fijo 0.53 UF en Clínica Indisa											
Procedimientos	70% en Clínica Indisa, Integramédica y Dial Médica, Sin Tope											
Imagenología	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	70%	1.55 AC	3.50 UF					
Exámenes de Laboratorio						1.55 AC						
Kinesiología						1.55 AC						
Fonoaudiología						1.55 AC						
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista						1.55 AC						
Radioterapia						2.55 AC						
Prótesis y Ortesis						2.55 AC						
Pabellón Ambulatorio	80% en Clínica Indisa, Integramédica y Dial Médica, Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	80%	5.42 AC						
Box Ambulatorio	Igual a HMQ Hospitalario					4.92 AC						
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	80%	13.00 AC	Uno anual por código					
Prestaciones Dentales (PAD)												
Quimioterapia	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Igual a Quimioterapia Hospitalaria						
Quimioterapia												
PRESTACIONES RESTRINGIDAS												
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	70%	0.50 UF	2.50 UF					
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria						80%		0.55 UF	9.00 UF			
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica						80%		1.25 UF por día	32.00 UF			
Hospitalización Domiciliaria						25% de la Cobertura General		Sin Cobertura Preferente				
Cirugía Bariátrica												
Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica												
OTRAS COBERTURAS												
Lentes Ópticos	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	Sin Cobertura Preferente	70%	0.80 UF	0.80 UF					
Instrumental Robótico						80%	10.00 UF	Sin Tope				
Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor											
Cobertura Internacional	Igual a la cobertura nacional Libre Elección											
Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas	En listado Prestadores CAEC Red de Atención M											
ATENCIONES DE URGENCIA	En servicio de Urgencia de Clínica Indisa con la cobertura señalada precedentemente para cada ítem de prestaciones.											
PRESTADORES DERIVADOS	Hospital Clínico Universidad Católica											

(*) Ver Notas Explicativas del plan de salud para la aplicación de la Cobertura Preferente. (**) La forma y aplicación de las coberturas se detalla en las Notas Explicativas contenidas en el Anexo del Plan.

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

PRECIO BASE U.F

COTIZACION LEGAL %

TABLA N°

TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIARIOS

GRUPOS DE EDAD	COTIZANTE MASCULINO	COTIZANTE FEMENINO	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
0 a menos de 2 años	2.00	2.00	2.00	2.00
2 a menos de 5 años	0.90	0.90	0.90	0.90
5 a menos de 10 años	0.70	0.60	0.70	0.60
10 a menos de 15 años	0.60	0.60	0.60	0.60
15 a menos de 20 años	0.80	0.90	0.80	0.90
20 a menos de 25 años	0.80	1.40	0.80	1.00
25 a menos de 30 años	0.90	2.30	0.90	1.80
30 a menos de 35 años	1.00	3.10	0.90	2.30
35 a menos de 40 años	1.20	2.70	0.90	2.00
40 a menos de 45 años	1.30	2.20	0.90	1.50
45 a menos de 50 años	1.50	2.20	1.00	1.90
50 a menos de 55 años	1.90	2.40	1.20	2.10
55 a menos de 60 años	2.50	2.80	1.80	2.40
60 a menos de 65 años	2.90	3.00	2.50	2.60
65 a menos de 70 años	3.40	3.10	3.40	3.10
70 a menos de 75 años	4.00	3.10	4.00	3.10
75 a menos de 80 años	4.50	3.70	4.50	3.70
80 y más	4.90	4.30	4.90	4.30

IDENTIFICACION UNICA DEL ARANCEL

ARANCEL COLMENA

MODALIDAD DEL ARANCEL

PESOS

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

MONTO

4000

U.F

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL



Firma Gerente General
ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

Firma y Código Agente de Venta
ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

FECHA:

Firma Cotizante
Nombre:

Rut:

Huella Digital