

TIPO PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

N° FOLIO FUN

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

**LINE 4013**

4532

**LINE 4013**
**Plan con Cobertura restringida de Parto y Neonatología**

PRESTACIONES	% DE BONIFICACION (*)	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO		
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA</b>					
Día cama	90% Prestadores G31 90% Prestadores G32 90% Prestadores G33 70% Prestadores G34 60% Prestadores G35 40% Prestadores G36	Sin Tope	Sin Tope		
Día cama cuidados intensivos o coronarios					
Día cama cuidados intermedios					
Derecho Pabellón					
Exámenes de Laboratorio					
Imagenología					
Kinesiología					
Materiales e Insumos Clínicos					
Medicamentos				40.00 UF por evento	80.00 UF
Quimioterapia				50.00 UF por ciclo	500.00 UF
Procedimientos	90%	1.50 AC	Sin Tope		
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)		14.00 AC			
Visita por Médico Tratante		0.85 UF			
Visita por Médico Interconsultor		0.85 UF			
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis		4.50 AC	30.00 UF		
Traslados Médicos		1.50 AC	1.20 UF		
<b>AMBULATORIAS</b>					
Consulta Médica		70%	0.50 UF	Sin Tope	
Exámenes de Laboratorio			1.50 AC		
Imagenología					
Procedimientos					
Kinesiología	3.00 UF				
Fonoaudiología	2.00 UF				
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista	10.00 UF				
Prótesis y Ortesis	3.50 AC		Sin Tope		
Radioterapia					
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)	90%		14.00 AC	Sin Tope	
Pabellón Ambulatorio		1.50 AC			
Box Ambulatorio					
Prestaciones Dentales (PAD)	100%	1.00 AC	Uno anual por código		
Quimioterapia	Igual a Quimioterapia Hospitalaria				
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b>					
Consulta Psiquiatría y/o Psicología	70%	0.45 UF	2.25 UF		
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria	90%	0.50 UF	6.00 UF		
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica		1.20 UF por día	30.00 UF		
Hospitalización por Parto y Cesárea	25% de la Cobertura General				
Hospitalización Neonatológica					
Hospitalización Domiciliaria					
Cirugía Bariátrica					
Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	25% de la Cobertura General				
<b>OTRAS COBERTURAS</b>					
Lentes Opticos	70%	0.50 UF	0.50 UF		
Instrumental Robótico	90%	10.00 UF	Sin Tope		
Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor				
Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ	Igual a la cobertura nacional				
Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias	Igual a la cobertura nacional con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Nivel Institucional en el HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE				
Cobertura adicional para Enfermedades Catastróficas	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención L				

(\*) 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	0.75	0.80	0.80	0.80
20 a menos de 25 años	0.75	1.00	0.80	1.00
25 a menos de 30 años	0.85	1.50	0.90	1.10
30 a menos de 35 años	1.00	1.90	0.90	1.10
35 a menos de 40 años	1.15	1.90	0.90	1.20
40 a menos de 45 años	1.40	1.90	0.90	1.40
45 a menos de 50 años	1.50	2.20	1.00	1.60
50 a menos de 55 años	1.90	2.40	1.20	1.80
55 a menos de 60 años	2.50	2.70	1.80	1.90
60 años y más	4.00	3.90	4.00	3.90

IDENTIFICACION UNICA DEL ARANCEL

ARANCEL COLMENA

MODALIDAD DEL ARANCEL

PESOS

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

MONTO

3500

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