

TIPO PLAN

INDIVIDUAL

GRUPAL

N° FOLIO FUN

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

HS-6

ASPEN 15013 4397**ASPEN15013****Plan con Cobertura restringida de Parto, Neonatología y Pediatría**

PRESTACIONES	% DE BONIFICACION (*)	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA			
Día cama	100% Prestadores G31 100% Prestadores G32 100% Prestadores G33 100% Prestadores G34 100% Prestadores G35 85% 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			
Quimioterapia			
Procedimientos	100%	3.60 AC	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)		32.00 AC	
Visita por Médico Tratante		1.30 UF	
Visita por Médico Interconsultor		1.30 UF	
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis		6.00 AC	70.00 UF
Traslados Médicos		3.60 AC	1.80 UF
AMBULATORIAS			
Consulta Médica	90%	1.30 UF	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio		3.60 AC	
Imagenología			8.00 UF
Procedimientos			
Kinesiología			
Fonoaudiología			
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista			3.50 UF
Prótesis y Ortesis			14.00 UF
Radioterapia			5.60 AC
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)		100%	32.00 AC
Pabellón Ambulatorio	3.60 AC		
Box Ambulatorio	100%	1.00 AC	Uno anual por código
Prestaciones Dentales (PAD)			
Quimioterapia	Igual a Quimioterapia Hospitalaria		
PRESTACIONES RESTRINGIDAS			
Consulta Psiquiatría y/o Psicología	90%	0.80 UF	2.40 UF
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria	90%	0.80 UF	12.00 UF
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica		1.60 UF por día	48.00 UF
Hospitalización por Parto y Cesárea	25% de la Cobertura General		
Hospitalización Pediátrica y Neonatológica			
Hospitalización Domiciliaria			
Cirugía Bariátrica			
OTRAS COBERTURAS			
Lentes Opticos	90%	1.20 UF	1.20 UF
Instrumental Robótico	100%	20.00 UF	Sin Tope
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia	70% Con Tope 1.50 UF por evento		
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 Clínica UC San Carlos de Apoquindo		
Cobertura adicional para Enfermedades Catastróficas	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención H		

(*) 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

5000

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