Plan Pyme Salud 70% SMART

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consulta Médica o Especialidad	70%	0,8 UF	Sin tope
Telemedicina	70%	Sin Tope	Sin tope
Exámenes de Laboratorio	70%		UF10
Exámenes de Imagenologia (Radiogarfias)	70%		
Exámenes de Imagenologia Resonancia magnetica, scanner y ecografia	70%		
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático	70%		
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos	70%		UF10
Cirugía Ambulatoria	70%		UF 50
Kinesiología	70%	UF 0.6	UF10
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Medicamentos de Marca	25%	Sin Tope	UF 10
Medicamentos Bioequivalentes de Marca	25%		
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	100%		
Medicamentos Genéricos			
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Día Cama Hasta el día 30	70%	Sin Tope	Sin Tope
Exceso Día Cama (desde día 31)	70%	Sin Tope	Sin Tope
Día Cama UTI UCI e Incubadora	70%	Sin Tope	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos	70%	Sin Tope	UF 50
Derecho a Pabellón			
Insumos y Materiales Clínicos			
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Medicamentos Hospitalario	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Septoplastía	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Maxilofacial por Accidente	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Reducción Mamaria	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Bariátrica	70%	Sin Tope	UF 10
Cirugía Reasignación de Sexo	70%	Sin Tope	UF 10

(*) Prestaciones con carencia 36 Meses

BENEFICIO DE MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Parto Normal	70%	Sin Tope	UF 20
Cesárea	70%		UF 30
Aborto no Voluntario	70%		UF 10
Complicaciones del Embarazo	70%		UF 10
Complicaciones del parto	80%		UF 10
Parto Multiple	50% del tope por c/hijo nacido vivo		
BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Psicología/Psiquiatría, psicopedagogía Ambulatorio	70%	UF 0,60	UF 10
Psicología/Psiquiatría Hospitalaria	70%	Sin Tope	
OTROS BENEFICIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Prótesis y Órtesis (No Dental)	70%	Sin Tope	UF 20
Aparatos Auditivos	70%		UF 15
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	70%		UF 3
Cirugía Ocular Laser	70%		UF 5 x ojo
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)	70%		UF 10
Trasplante, Gastos Donante Vivo	100%		UF 30
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem	100%		UF 20
Home Care (ambulatorio y hospitalario)	70%	3,50 diarios	UF 100
Coberturas GES/CAEC	100%	Sin Tope	Sin Tope

Monto máximo anual por asegurado	UF 300

Deducible Anual Familiar (máx. 3 deducibles)	
Titular Solo	Sin Deducible
Titular con una carga	Sin Deducible
Titular con dos o más cargas	Sin Deducible

Cobertura	Código CMF
Salud base	POL320250069