Plan Pyme Salud 50%

Bupa Seguros

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Consulta Médica o Especialidad	50%	UF 0.6 por consulta	Sin Tope
Nutricionista	50%	UF 0.5 por consulta	UF 10
Exámenes de Laboratorio	50%	Sin Tope	Sin Tope
Exámenes de Imagenologia y/o Scanner, RX, Ecografía			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático	50%		UF 2
Cirugía Ambulatoria	50%		Sin Tope
Kinesiología	50%		UF 10
Fonoaudiología	50%		UF 10
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Medicamentos de Marca	30%	Sin Tope	UF 10
Medicamentos Bioequivalentes de Marca	50%		
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	80%	Sin Tope	Sin Tope
Medicamentos Genéricos	100%		
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Día Cama Hasta el día 30	50%	UF 2.0 diarios	Sin Tope
Exceso Día Cama (desde día 31)	50%	Sin Tope	Sin Tope
Día Cama UTI UCI e Incubadora	50%	UF 2.0 diarios	Sin Tope
Honorarios Médico Quirúrgicos	50%	Sin Tope	Sin Tope
Derecho a Pabellón	50%		Sin Tope
Insumos y Materiales Clínicos	50%		Sin Tope
Medicamentos Hospitalario	50%		Sin Tope
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	50%		Sin Tope
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos	50%		Sin Tope
Cirugía Septoplastía*	50%		UF 10
Cirugía Maxilofacial por Accidente*	50%		UF 10
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad*	50%		UF 10
Cirugía Reducción Mamaria*	50%		UF 10
Cirugía Bariátrica*	50%		UF 10
Cirugía Reasignación de Sexo*	50%	Sin Tope	UF 10

(*) Prestaciones con carencia 36 Meses

BENEFICIO DE MATERNIDAD	% Reembolso	Tope Evento	Tope Anual
Parto Normal	50%	UF 10	Sin Tope
Cesárea	50%	UF 15	Sin Tope
Aborto no Voluntario	50%	UF 5	Sin Tope
Complicaciones del Embarazo	50%	UF 10	Sin Tope
BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Psicología/Psiquiatría, psicopedagogía Ambulatorio	50%	UF 0,50	UF 8
Psicología/Psiquiatría Hospitalaria	50%	Sin Tope	
OTROS BENEFICIOS	**% Reembolso**	**Tope Evento**	**Tope Anual**
Prótesis y Órtesis (No Dental)	50%	Sin Tope	UF 8
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas	50%		UF 30
Aparatos Auditivos	50%		UF 8
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	50%		UF 2
Cirugía Ocular Laser	50%		UF 15
Materiales de vendas, yeso, plástico o similares	50%		UF 10
Trasplante, Gastos Donante Vivo	50%		UF 20
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem	50%		UF 15
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)	50%		UF 3
Traslado Ambulancia Aérea o Marítima	50%		UF 15
Home Care (ambulatorio y hospitalario)	50%	UF 3,5 diarios	UF 30
Arriendo o compra de equipos médicos ambulatorios	50%	Sin Tope	UF 30
Coberturas GES/CAEC	100%	Sin Tope	Sin Tope

Monto máximo anual por asegurado	UF 350

Deducible Anual Familiar (máx. 3 deducibles)	
Titular Solo	UF 0,5
Titular con una carga	UF 1,0
Titular con dos o más cargas	UF 1,5

Cobertura	Código CMF
Salud base	POL320250069