

COBERTURAS						
PRESTACIONES SANITARIAS	RED CERRADA			RED ABIERTA		
	COPAGO	SUBLÍMITES/TOPE MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA	COPAGO	SUBLÍMITES/TOPE MAXIMO DE COBERTURA	CARENCIA
COBERTURA AMBULATORIA						
Atención Ambulatoria	20%	\$12.000	30 días	20%	\$12.000	30 días
Consultas Medicina General	De \$ 6,00 a \$ 25,00	\$12.000	30 días	20%	\$50 por consulta hasta \$ 12.000	30 días
Consultas Medicina de Especialidad	De \$ 6,00 a \$ 25,00	\$12.000	30 días	20%	\$50 por consulta hasta \$ 12.000	30 días
Consultas Medicina Alternativa (vigencia contrato)	N/A			20%	\$50 por consulta hasta \$400	30 días
Laboratorio Clínico	20%	\$12.000	30 días	20%	\$12.000	30 días
Imagen	20%	\$12.000	30 días	20%	\$12.000	30 días
Terapia de Lenguaje (vigencia contrato)	De \$ 4,00 a \$ 10,00	30 terapias	30 días	20%	30 terapias hasta \$20 por terapia	30 días
Terapia física (vigencia contrato)	De \$ 4,00 a \$ 10,00	30 terapias	30 días	20%	30 terapias hasta \$20 por terapia	30 días
Terapia respiratoria (vigencia contrato)	De \$ 4,00 a \$ 10,00	30 terapias	30 días	20%	30 terapias hasta \$20 por terapia	30 días
Terapia cardiaca (vigencia contrato)	De \$ 4,00 a \$ 10,00	30 terapias	30 días	20%	30 terapias hasta \$20 por terapia	30 días
Terapia neurológicas y cognitivas (vía reembolso vigencia contrato)	N/A			20%	30 terapias hasta \$20 por terapia	30 días
Consulta Médica a domicilio	De \$ 15	\$12.000	30 días	N/A		
Control de niño sano, vía reembolso (vigencia contrato)	20%	\$50 por consulta hasta \$1.200	30 días	20%	\$50 por consulta hasta \$1.200	30 días
Vacunas Control Niño Sano (Aplica vía reembolso): -Menores de un año: BCG, HB, Rotavirus, IPV, bOPV, Pentavalente (DPT+HB+Hib), Neumococo conjugada -De 12 a 23 meses: Difteria, Tétanos, Tosferina, (DPT), bOPV, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, SRP, Varicela (vigencia contrato)	20%	\$500	30 días	20%	\$500	30 días
Medicamentos Genéricos o de Marca (aplica vademécum)	20%	\$12.000	30 días	20%	\$12.000	30 días
Medicamentos Naturales con registro sanitario y siempre que se expendan en un lugar autorizado (aplica vademécum), vía reembolso	20%	\$12.000	30 días	20%	\$12.000	30 días
Vitaminas y minerales siempre y cuando el diagnóstico lo justifique y sea pertinente, vía reembolso (vigencia contrato)	20%	\$500	30 días	20%	\$500	30 días
COBERTURA HOSPITALARIA						
Atención Hospitalaria	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Atención Hospitalaria domiciliaria	20%	\$12.000	90 días	N/A		
Hospitalización en Unidad de Cuidados intensivos	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Cuarto y alimento diario	0%	\$150	90 días	0%	\$150	90 días
Máximo de días por hospitalización	Sin límite			Sin límite		
Cama y dieta general en el hospital/clínica para el acompañante cuando el paciente es recién nacido, menor a 16 años y adulto mayor a 75 años	20%	\$150	90 días	20%	\$150	90 días
Honorarios Médicos	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Laboratorio	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Imagen	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Medicamentos	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Honorarios Cirujano	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Dispositivos y Suministros Médicos	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Ligadura y vasectomía, para titular y cónyuge	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Trasplante de órganos vitales, para donante y receptor	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días

COBERTURA DE MATERNIDAD (POR EVENTO)						
Chequeos prenatales	0%	\$1.600	365 días	0%	\$1.600	365 días
Complicaciones maternidad	0%		365 días	0%		365 días
Parto normal	0%		365 días	0%		365 días
Cesárea	0%		365 días	0%		365 días
Legrados o abortos no punibles, siempre y cuando éstos sean indicados como procedimiento terapéutico por un médico	0%		365 días	0%		365 días
Maternidad en período de carencia únicamente en Tarifa 0	0%	CICLO DE VIDA	0 días	N/A		
COBERTURA PARA RECIEN NACIDO						
Límite máximo de cobertura para Recién Nacido (con inclusión intrauterina)	20%	\$12.000	0 días	20%	\$12.000	0 días
Límite máximo de cobertura para Recién Nacido (sin inclusión intrauterina)	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES						
Tratamiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos, debidamente prescritos por un médico (vigencia contrato)	0%	\$50	90 días	0%	\$50	90 días
Cobertura de condiciones de salud que sea consecuencia de accidentes y/o enfermedades por uso de drogas, estupefacientes, embriaguez, alcoholismo y lesiones debido a trastornos de la salud mental, estado de demencia incluso resultantes por intento de suicidio (vigencia contrato)	0%	\$500	90 días	0%	\$500	90 días
Fórmulas alimenticias medicadas, siempre y cuando la enfermedad obligue su utilización y sea prescrito por un médico (vigencia contrato)	0%	\$30	90 días	0%	\$30	90 días
Pruebas de sensibilidad y tratamientos inmunológicos en general, siempre y cuando hayan sido prescritos por un profesional (vigencia contrato)	0%	\$80	90 días	0%	\$80	90 días
Cuidados paliativos hospitalarios o domiciliarios, siempre y cuando estén prescritos por un médico (vigencia contrato)	20%	\$2.000	90 días	20%	\$2.000	90 días
Tratamientos y/o procedimientos para problemas de malnutrición, como cualquier incapacidad (vigencia contrato)	0%	\$500	90 días	0%	\$500	90 días
COBERTURAS OBLIGATORIAS						
Enfermedades crónicas, raras y catastróficas, sobrevinientes a la contratación:	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
Emergencia	20%	\$12.000	24 horas	20%	\$12.000	24 horas
Emergencia por accidente, vía reembolso	0%	\$500	24 horas	0%	\$500	24 horas
El exceso de los gastos médicos por emergencia por accidente se cubrirá	20%	\$12.000	24 horas	20%	\$12.000	24 horas
Prestaciones de Tarifa 0	De acuerdo a lineamientos del MSP			N/A		
Otras que determine la autoridad Sanitaria Nacional	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario	20%	\$12.000	30 días ambulatorio o 90 días hospitalario
OTROS BENEFICIOS						
Enfermedades preexistentes a causa de una discapacidad, calificada por el organismo pertinente	20%	20 S.B.U.	90 días	20%	20 S.B.U.	90 días
Cirugía funcional de nariz y senos paranasales, incluye procedimientos de septoplastia, cirugía de cornetes, cirugía endoscópica, no excluye otras similares, por accidente o enfermedad no preexistente como cualquier incapacidad.	20%	\$12.000	90 días	20%	\$12.000	90 días
Ambulancia terrestre (no aplica vía reembolso)	0%	\$200	30 días	N/A		
Ambulancia terrestre, vía reembolso (vigencia contrato)	N/A			0%	\$200	30 días
Ambulancia Aérea o Fluvial, por reembolso, sin aplicación de deducible	N/A			0%	\$1.500	30 días
Examen Pap Test una vez al año para titular, por control y resultado normal, vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$50	30 días	0%	\$50	30 días
Examen de mamografía una vez al año para titular, por control y resultado normal, vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$50	30 días	0%	\$50	30 días
Examen Antígeno Prostático PSA, una vez al año para titular, por control y resultado normal, vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$50	30 días	0%	\$50	30 días

Excimer Láser a partir de las 5.5 dioptrías (vigencia contrato)	20%	\$500 por ojo	90 días	0%	\$500 por ojo	90 días
Órtesis una vez al año (férulas, cuellos ortopédicos, rodilleras, cabestrillos), vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$150	30 días	0%	\$150	30 días
Alquiler o compra de muletas y silla de ruedas, una vez al año, vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$150	30 días	0%	\$150	30 días
Alquiler y/o compra de equipos médicos duraderos para titulares y dependientes, sin aplicación de deducible, monto tope por uno o varios equipos	0%	\$500	30 días	0%	\$500	30 días
Prótesis no dental, no se cubren cambios y/o reemplazos. Cobertura para titulares y dependientes sin aplicación de deducible	0%	\$450	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	0%	\$450	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
Consultas Psiquiátricas de base orgánica	0%	\$500	30 días	0%	\$500	30 días
Cobertura de terapias del dolor, medicamento necesarias de acuerdo a pertinencia medica	20%	\$1.000	30 días	20%	\$1.000	30 días
Ondas de choque con diagnóstico de epicondritis, pseudoartrosis, fascitis plantar, tendinitis rotuliana, psoas, pata de ganzo, espondilitis, tendón de aquilles, tendinitis calcificante de hombro sin deducible	0%	\$40 por terapia hasta \$ 1000	30 días	0%	\$1.000	30 días
Vacunas adicionales como cualquier incapacidad para titulares y dependientes Fiebre amarilla, Hepatitis A y B, Influenza y DPT	20%	\$100	30 días	20%	\$100	30 días
Tirillas reactivas, parches sensoriales o insumos similares para medición de niveles de glicemia como cualquier incapacidad	20%	\$150	30 días	20%	\$150	30 días
Cobertura para Cirugías Robóticas o Nueva Tecnología aprobada por el MSP, (este límite aplica solo para el uso de equipos e insumos, los honorarios médicos serán de acuerdo a lo establecido en el contrato)	20%	\$3.000	90 días	20%	\$3.000	90 días
Prótesis a causa de una enfermedad o accidente, cubierto por este contrato	20%	\$12.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario	20%	\$12.000	30 días ambulatorio y 90 días hospitalario
Audífonos bajo prescripción médica, una vez al año, vía reembolso	0%	\$300	30 días	0%	\$300	30 días
Extracción de terceros molares por molar, vía reembolso (vigencia contrato)	N/A			0%	\$120	30 días
Zapatos y plantillas ortopédicas una vez al año, vía reembolso (vigencia contrato)	0%	\$85	30 días	0%	\$85	30 días
Medias elásticas bajo prescripción médica una vez al año, vía reembolso	0%	\$50	30 días	0%	\$50	30 días
Tratamientos de estimulación de crecimiento B, como cualquier incapacidad de acuerdo a consiciones particulares.	20%	\$1.500	30 días	20%	\$1.500	30 días
Consulta médica telemedicina (ConfionLine)	0%	\$12.000	30 días	N/A		
SEGURO DE VIDA						
Muerte por cualquier causa: por la muerte del Asegurado, originada por cualquier causa, la Compañía pagará a los beneficiarios la suma de \$10.000.						
Incapacidad total o permanente: Por la incapacidad total y permanente por cualquier causa no excluida, sufrida por el Asegurado durante la vigencia de este seguro, la Compañía pagará al Asegurado la suma de \$10.000						

