

**PLAN EMPLEADOS CON CATASTRÓFICO**
**Cobertura Gastos Dentales**

		UCO (*)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope por Grupo Familiar
<b>N°</b>	<b>Cuidado Dental General / Ortodoncia</b>					
1	Consulta Dental (Estudio Preliminar)	-	90%	90%	90%	UF 40
2	Atención de Urgencia (Cuidado Dental Rutinario)	-	90%	90%	90%	
3	Profilaxis o Higiene (Una vez por año)	-	90%	90%	90%	
4	Fluoración (Menores de 14 años)	-	90%	90%	90%	
5	Radiología Dental (Cuidado Dental Rutinario)	-	90%	90%	90%	
6	Cirugía Bucal	-	90%	90%	90%	
7	Operatoria Dental	-	90%	90%	90%	
8	Endodoncia	-	90%	90%	90%	
9	Prótesis Dental (1ros. 6 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por Accidente)	-	90%	90%	90%	
10	Odontopediatría	-	90%	90%	90%	
11	Periodoncia	-	90%	90%	90%	
12	Implantes Dentales (Cubre trat. y proced., se excluye materiales tales como Oro o Titanio) (1ros. 6meses de vig. del aseg. cob solo por Acc.)	-	90%	90%	90%	
13	Disfunción (Plano y Tratamiento)	-	90%	90%	90%	
14	Medicamentos Dentales	-	90%	90%	90%	
15	Laboratorio Dental	-	90%	90%	90%	
16	Ortodoncia (1ros. 3 meses de vigencia del asegurado, cobertura solo por Accidente).	-	90%	90%	90%	

**Otros**

GASTO EN EL EXTRANJERO: Según plan para gastos de urgencia y para otros gastos, que sean aprobados previamente por la aseguradora.

Arancel UCO: último arancel de recomendación del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile.

(\*)Póliza no contempla aplicación de Arancel UCO

**Monto Máximo (anual) año póliza:**

POR GRUPO | UF 40

Asegurados > 66 y hasta los 75 años de edad: UF 10 por Beneficiario.

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES**

**Detalle de definiciones adicionales a las Condiciones Generales de Póliza**

<b>Día Cama Home Care</b>	Corresponde a tratamiento que debe ser efectuado en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la aseguradora. Con un máximo de cobertura, hasta 30 días anuales.
<b>Día Cama Acompañante</b>	Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, por Hijo menor y hasta 14 años, quien acompaña al paciente incluyendo gastos de alimentación. Con un máximo de cobertura, hasta 5 días por evento anual
<b>Cirugía Máxilo - Facial por Accidente</b>	Es aquella que se realiza en las mandíbulas y aparato masticador, en general se puede realizar por un cirujano maxilofacial u odontólogo, es por accidente cuando hay una lesión traumática apreciable y que afecte a los dientes naturales. El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores (si la póliza los cubriere), a causa de las lesiones, tendrán cobertura, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) accidente.
<b>Cirugía Máxilo - Facial por Enfermedad</b>	Cubre el tratamiento y sus gastos posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. No se cubrirán Cirugías y/o tratamientos con fines estéticos.
<b>Cirugía Reparadora por Accidente</b>	Corresponde al procedimiento realizado por un cirujano plástico que tiene como objetivo reparar una lesión, malformación o secuela que provoque menoscabo a la persona, es decir que no sea meramente con fin estético. Sólo tendrá cobertura si la cirugía se realiza dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente
<b>Trasplante Donante Vivo</b>	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
<b>Trasplante Donante Post Mortem</b>	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
<b>Complicaciones del Embarazo y Parto</b>	Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
<b>Tratamientos infertilidad y Esterilidad</b>	Corresponde a todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios ( exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios ( cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distocias uterinas etc.).
<b>Cirugía Ocular</b>	La Cirugía Ocular, comprende tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente: a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 3 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 24 meses. b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
<b>Ambulancia Aérea</b>	Servicio aéreo utilizado por el paciente grave, que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen

**IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.**

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES**

<p><b>Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):</b></p>	<p>Es aquella condición cuyo IMC <math>\geq 40</math>, o mayor a IMC 35 cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se consideran como "comorbilidad significativa o discapacidad severa" lo siguiente: Diabetes, Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteo-articulares severas y apnea obstructiva del sueño severa. La cobertura será cubierta según el plan de seguro estipulado en la póliza, y no considera gastos por gimnasio ni pastillas para bajar de peso. Para la evaluación y pago de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía determinar la procedencia del caso, asimismo, la compañía podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".</p>
<p><b>Septoplastia:</b></p>	<p>Es la cirugía de desviación del tabique nasal. Esta deformidad se acredita anatómicamente a través del estudio imagenológico (Rx, escáner o resonancia nuclear magnética), para que esta cirugía sea de carácter reparativo y no estético, es decir que produzca un menoscabo funcional debe haber una Rinomanometría que demuestre una obstrucción respiratoria y que no mejora con el uso de inhaladores, se debe complementar la evaluación con ficha clínica y protocolo operatorio.</p>
<p><b>Recién Nacido</b></p>	<p>Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro</p>
<p><b>CAEC y GES (Auge)</b></p>	<p>Para prestaciones cubiertas por la póliza y de corresponder otorgar la cobertura, en el caso que el asegurado se acoja a CAEC o GES (auge), se reembolsará el 100% del deducible aplicado por la institución de salud previsional respectiva, no aplicando en dicho reembolso, el deducible que se asigna en el presente cuadro de beneficios. Para aquellas prestaciones, del diagnóstico que activaran CAEC o GES (auge), que no sean cubiertas por dicho sistema CAEC o GES (auge), su reembolso será bonificado según plan de beneficios normal, siempre cuando, los gastos correspondan a prestaciones cubiertas en el cuadro de beneficios de esta póliza.</p>
<p><b>Tratamiento para Crecimiento</b></p>	<p>Tratamiento para Crecimiento: Son aquellos tratamientos con la finalidad de mejorar la talla baja y se realizan a través de análogos de la hormona crecimiento. Se cubrirán los medicamentos, exámenes y su tratamiento, siempre que exista una causa hormonal demostrable con laboratorio u otros procedimientos y siempre que estos estén relacionados con el tratamiento de ésta causa primaria, de lo contrario, de no existir exámenes que demuestren causa primaria, no corresponderá el pago, ya que no habrá menoscabo demostrable</p>
<p><b>Patologías o Malformaciones Congénitas</b></p>	<p>Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.</p>
<p><b>Consulta Nutricionista</b></p>	<p>Prescrito por Médico Tratante y con patologías asociadas.</p>
<p><b>Partos Múltiples</b></p>	<p>Según se señala en Cuadro de Beneficios.</p>
<p><b>Tratamiento por adicción a droga o alcoholismo</b></p>	<p>Es aquel tratamiento realizado a un drogadicto o alcohólico a través de fármacos o prestaciones psiquiátricas específicas y cuya finalidad será la cura de esta, contempla psicoterapia individual y grupal además de hospitalización.</p>
<p><b>Medicamentos Oncológicos</b></p>	<p>Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopatícos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.</p>
<p><b>Productos Dermocosméticas</b></p>	<p>Se cubrirán todos aquellos Productos Dermocosméticos recetados por un dermatólogo y siempre que estén asociados a una de las siguientes patologías: Rosácea, Vitiligo, Soriasis y Cáncer de Piel</p>
<p><b>Prótesis de Mayor Complejidad</b></p>	<p>Si este ítem se incluye, implica que bajo este concepto se consideran aquellas prótesis definidas como Híbridas y bioeléctricas (marcapaso, válvulas cardiacas, etc.). En caso que no se encuentre incluido este ítem en póliza y sí se encuentra Prótesis y Ortesis, entonces este concepto se entiende incluido en este.</p>
<p><b>Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia</b></p>	<p>Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.</p>
<p><b>Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia</b></p>	<p>sólo se cubre el procedimiento. En este ítem no se cubren las drogas oncológicas, estas deben cubrirse por el ítem medicamentos o si lo tiene el plan el ítem específico de drogas oncológicas.</p>
<p><b>Carencia en cobertura dental</b></p>	<p>Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional. El periodo de carencia regirá a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la Póliza o desde la fecha en la cual se contrate esta cobertura como también para los asegurados (titulares o cargas), que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cobertura en la Póliza en cuyos casos regirá a contar de su fecha de Incorporación.</p>

**IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.**