

Estimadas (os):

Junto con saludar, Tenemos el agrado de informar a ustedes que hemos renovado la póliza del Seguro Complementario de Salud y Catastrófico a partir de **01 de Noviembre 2022 al 31 de Octubre del 2023** con **Compañía de Seguros Help** en las siguientes condiciones:

1. Continuidad de Cobertura para Salud, Catastrófico para los asegurados vigentes, estos serán traspasados, esta gestión la realizamos internamente.
2. Se mantienen las coberturas y se incorpora al beneficio **cobertura Salud Mental**, se detallan en plan de beneficios.

Importante

Es importante recordar que, dada la renovación del seguro complementario, los servicios en línea (IMED), no se encontraran disponibles en su totalidad las dos primeras semanas del mes de noviembre, por lo que les sugerimos realizar todos sus reembolsos vía ejecutiva.

Tener en consideración:

- Todos los gastos médicos que se efectúen hasta el día 31 de octubre del año 2022 deben ser presentados a la compañía de seguros Vida Security; teniendo como fecha máxima de presentación la segunda semana de **Noviembre del 2022**. Después de esta fecha los gastos que no hayan sido presentados a reembolso no serán bonificados.
- Si Ud. aun no solicita el reembolso a Vida Security de alguna hospitalización del periodo anterior, **es importante nos lo notifique a través de un correo electrónico hasta el 31 de octubre**, con esto evitamos un posible rechazo por estar fuera de plazo.
- Los gastos médicos a efectuarse a partir del día 1° de Noviembre del 2022 en adelante, corresponderá solicitar su reembolso a **la compañía de seguros Help**.

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD CLINICA SANTA MARIA

Hospitalarias	BMI	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	Gastos sin cobertura de Isapre o Fonasa	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización (General)	30%	100%	100%	100%	4,0 UF diarias	s/t
Día Cama Hospitalización (General) en exceso de 30 días	30%	80%	80%	80%	4,0 UF diarias	s/t
Día Cama en Domicilio (Home Care) hasta 30 días anuales	30%	100%	100%	50%	4,0 UF diarias	s/t
Día Cama Acompañante (hijos <14 años) (hasta 5 días por evento)	30%	100%	100%	50%	4,0 UF diarias	s/t
Día Cama o Sala Urgencia, Tratamientos Intensivo, Intermedio, Recuperación, UCI, UTI, Incubadora y Día Sala Cuna	30%	100%	100%	100%	UF 50 por evento	s/t
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	30%	100%	100%	100%		
Insumos y Equipos Clínicos y Materiales Clínicos	30%	100%	100%	100%		
Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos (incluye radioterapia, diálisis y quimioterapia)	30%	100%	100%	100%		
Derecho Pabellón	30%	100%	100%	100%		
Honorarios Médicos	30%	100%	100%	100%		
En Exceso de UF 50 por evento	30%	90%	90%	90%	s/t	s/t
Medicamentos Hospitalarios	30%	100%	100%	100%	UF 5 por evento	s/t
Medicamentos Hospitalarios en Exceso de UF5	30%	50%	50%	50%	s/t	s/t
Servicio Privado de Enfermera Hospitalaria (hasta 30 días)	30%	100%	100%	50%	4,0 UF diarias	s/t
Servicio Privado de Enfermera Hospitalaria (desde 31 días)	30%	80%	80%	40%	4,0 UF diarias	s/t
Cirugía Reparadora por Accidente	30%	90%	90%	45%	s/t	s/t
Cirugía Maxilofacial por Accidente	30%	100%	100%	50%	UF 50 por evento	s/t
Cirugía Maxilofacial por Accidente en exceso de las UF 50	30%	90%	90%	45%	s/t	s/t
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	30%	90%	90%	45%	s/t	UF 50 año póliza por asegurado
Gastos Donante Vivo	30%	100%	100%	50%	UF 30 por evento	s/t
Cirugía Bariátrica	30%	100%	100%	50%	UF 50 por evento	s/t
Cirugía Bariátrica en Exceso de UF50	30%	90%	90%	45%	s/t	s/t
Interrupción Voluntaria del Embarazo	30%	100%	100%	50%	s/t	UF 25 año póliza por asegurado
Cirugía por Disforia de Género	30%	100%	100%	50%	s/t	UF 10 año póliza por asegurado
Cirugía Reducción Mamaria con fines terapéuticos	30%	100%	100%	50%	UF 50 por evento	s/t
Cirugía Reducción Mamaria con fines terapéuticos en exceso UF50	30%	90%	90%	45%	s/t	s/t
Cirugía por Patologías o Malformaciones Congénitas	30%	80%	80%	40%	s/t	UF 10 año póliza por asegurado
Maternidad	BMI	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	Gastos sin cobertura de Isapre o Fonasa	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Parto Normal	30%	100%	100%	100%	UF 35	s/t
Parto Cesárea	30%	100%	100%	100%	UF 45	s/t
Aborto no Voluntario	30%	100%	100%	100%	UF 25	s/t
Complicaciones del Embarazo antes semana 36	30%	100%	100%	50%	UF 20	s/t
Tratamiento de Fertilidad o Infertilidad	30%	100%	100%	50%	s/t	UF 10 Año póliza por beneficiario
Partos Múltiples	30%	50% adicional al tope ofrecido en parto, por hijo nacido vivo				

Ambulatoria	BMI	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	Gastos sin cobertura de Isapre o Fonasa	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Consultas Médicas General y Especialistas, Domiciliaria y Urgencia	-	50%	50%	25%	s/t	UF 5 año póliza por asegurado
Consulta Nutricionista	-	80%	80%	40%	0,5 UF por consulta	s/t
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos	30%	90%	70%	70%	s/t	s/t
Procedimientos de Diagnóstico (incluye medicamentos, materiales, insumos)	-	90%	70%	35%	s/t	s/t
Procedimientos Terapéuticos (incluye materiales, insumos y excluye medicamentos, materiales de vendas de yeso, plástico o similares)	-	90%	70%	35%	s/t	s/t
Fonoaudiología, Kinesiología o Fisioterapia	-	90%	70%	35%	s/t	UF 15 Año póliza por beneficiario
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales, insumos, medicamentos) no incluye cirugía ocular	-	90%	70%	35%	s/t	s/t
Medicamentos Genéricos y Bioequivalentes Genéricos	-	100%	100%	100%	s/t	s/t
Tratamiento para el Crecimiento	-	80%	80%	40%	s/t	UF 10 año póliza por asegurado
Salud Mental	BMI	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	Gastos sin cobertura de Isapre o Fonasa	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Consulta Psiquiátrica y/o Psicológica, Psicopedagogía	-	50%	50%	50%	1,0 UF por sesión	UF 8
Hospitalización Psiquiátrica	-	50%	50%	50%		
Otras	BMI	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	Gastos sin cobertura de Isapre o Fonasa	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Ambulancia Terrestre [50 km de radio urbano]	-	80%	80%	40%	s/t	s/t
Ambulancia Aérea	-	80%	80%	40%	s/t	UF 5 año póliza por asegurado
Gastos por Óptica (marcos, cristales y lentes de contacto)	-	50%	50%	50%	s/t	UF 3 año póliza por asegurado
Cirugía Ocular a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberro métricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdida de visión mayores o iguales a 3 dioptrías y que, además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos sea mayor de 20 años y con cobertura	-	100%	100%	50%	s/t	UF 20 año póliza por asegurado
Cirugía Ocular 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.	-	90%	70%	35%	s/t	s/t
Prótesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	s/t	UF 10 año póliza por asegurado
Ortesis (Ambulatorio y Hospitalario) (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	100%	100%	50%	s/t	UF 1,5 año póliza por asegurado
Aparatos Auditivos	-	100%	100%	50%	s/t	UF 5 año póliza por asegurado
Materiales de vendas de yeso, plástico o similares	-	80%	80%	40%	s/t	s/t

Cobertura en el Exterior : Gastos hospitalarios y ambulatorios en el extranjero (La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos, el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan.)	-	50%	50%	25%	s/t	UF 200 año póliza por asegurado
Cobertura Ambulatoria GES	-	100%	100%	100%	s/t	s/t
Cobertura Hospitalaria GES	-	100%	100%	100%	s/t	s/t
Cobertura Deducible CAEC	-	100%	100%	100%	s/t	s/t
Bonificación Mínima Isapre (BMI)	En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso que el reembolso de la institución desalud (Isapre o Fonasa) sea menor al porcentaje mínimo establecido, la compañía considerará como reembolso de la institución de salud previsional, el porcentaje de aporte mínimo señalado en el cuadro de beneficios, aplicando el porcentaje de reembolso del presente seguro sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado. Para efectos de gastos sin cobertura en la institución de salud, también procede lo indicado, en consecuencia el reembolso del presente seguro para esta modalidad de reembolso, aplicará sobre la diferencia del costo facturado menos el aporte mínimo señalado.					
Tipo de Deducible	Por Grupo Familiar					
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	UF0,30 por familia (Deducible Aplica solamente a Gastos Ambulatorios)					
Tope Máximo Anual por Beneficiario	UF400					

PLAN SEGURO CATASTROFICO CLINICA SANTA MARIA

Hospitalarias	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	SCIF	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Día Cama General Hasta 30 días	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama General desde día 31	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales)	100%	100%	50%	4,0 UF Diaria	s/t
Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 años)	100%	100%	50%	4,0 UF Diaria	s/t
Hasta 5 días por Evento	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama Intermedio	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama Recuperación	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama UCI	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Cama UTI	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Incubadora	100%	100%	50%	s/t	s/t
Día Sala Cuna	100%	100%	50%	s/t	s/t
Exámenes de Laboratorio	100%	100%	50%	s/t	s/t
Exámenes Radiológicos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Insumos Clínicos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Materiales Clínicos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Hospitalarios	100%	100%	50%	s/t	s/t
Derecho a Pabellón	100%	100%	50%	s/t	s/t
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Cirugía Maxilo Facial por Accidente	Sin cobertura				
Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	Sin cobertura				
Cirugía Reparadora por Accidente	100%	100%	50%	s/t	s/t
Enfermera Profesional en Hospitalización	100%	100%	50%	s/t	s/t
BENEFICIO DE HOSPITALIZACION POR MATERNIDAD					
Complicaciones del Embarazo	100%	100%	50%	s/t	s/t
Complicaciones del Parto	100%	100%	50%	s/t	s/t
Am bulatoria	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	SCIF	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Consultas Médicas	100%	100%	50%	s/t	s/t
Exámenes de Laboratorio	100%	100%	50%	s/t	s/t
Exámenes Radiológicos	100%	100%	50%	s/t	s/t
Procedimientos de Diagnóstico (Incluye materiales insumos)	100%	100%	50%	s/t	s/t
Procedimientos Terapéuticos (incluye materiales insumos y excluye medicamentos, materiales de vendas de yeso,	100%	100%	50%	s/t	s/t
Tratamiento Fonoaudiología	100%	100%	50%	s/t	s/t
Tratamiento Kinesiología o Fisioterapia	100%	100%	50%	s/t	s/t
Cirugía Ambulatoria (incluye materiales clínicos e insumos ambulatorios . No incluye cirugía oftalmológica u ocular.	100%	100%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Genérico y Bioequivalentes Genéricos (sin convenio)	50%	50%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos (sin convenio)	50%	50%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	50%	50%	50%	s/t	s/t
Medicamentos No Genérico y Bioequivalentes No Genéricos (sin convenio)	50%	50%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores No Genéricos (sin convenio)	50%	50%	50%	s/t	s/t
Medicamentos Antineoplásicos No Genéricos (sin convenio)	100%	100%	100%	s/t	s/t

Otras	% Bonificación Bono	% Bonificación Libre Elección	SCIF	Tope por evento UF	Tope Anual UF
Ambulancia Terrestre [50 km de radio urbano]	100%	100%	50%	s/t	s/t
Ambulancia Aérea	100%	100%	50%	s/t	UF 5
Cobertura en el Exterior	50%	50%	25%	s/t	UF 200
Prótesis	100%	100%	50%	s/t	UF 10
Ortesis Ambulatorio y Hospitalario (excluye lente intraocular, sillas de ruedas y prótesis dentales)	100%	100%	50%	s/t	
Cobertura Ambulatoria GES	100%	100%	100%	s/t	s/t
Cobertura Hospitalaria GES	100%	100%	100%	s/t	s/t
Cobertura Deducible CAEC	100%	100%	100%	s/t	s/t
Tope Máximo Anual por Beneficiario					
UF 15.000					
Deducible hasta los 70 años cumplidos UF 200	UF 15.000 (para SIDA solamente gastos hospitalarios y con tope de UF3.000)				
Deducible Desde los 70 años y hasta los 75 años UF300	UF 15.000 (para SIDA solamente gastos hospitalarios y con tope de UF3.000)				
Deducible los 75 años y hasta los 80 años UF400	UF 15.000 (para SIDA solamente gastos hospitalarios y con tope de UF3.000)				

Te recordamos que puedes aclarar dudas respecto al seguro con la ejecutiva asignada; Daniela Riera al mail: driera@volvek.cl

Teléfono Móvil: +56 9 97049985

Te saluda cordialmente,

Clínica Santa María y Volvek Corredores de Seguros.