

TIPO PLAN

INDIVIDUAL

X

GRUPAL

Nº FOLIO FUN

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

LE-12

IRON 8013T5249

IRON 8013T

PRESTACIONES	% DE BONIFICACION (*)	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO	AMPLIACION DE COBERTURA
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA				
Día cama	100% Prestadores G31 85% Prestadores G32 60% Prestadores G33 50% Prestadores G34 30% Prestadores G35 25% Prestadores G36	Sin Tope	Sin Tope	100% en Habitación compartida de Prestadores G32 Regionales
Día cama cuidados intensivos o coronarios				
Día cama cuidados intermedios				
Derecho Pabellón				
Exámenes de Laboratorio				
Imagenología				
Kinesiología				
Materiales e Insumos Clínicos				
Medicamentos	100%	30.00 UF por evento	120.00 UF	Sin Ampliación de Cobertura
Quimioterapia		15.00 UF por ciclo	150.00 UF	
Procedimientos		1.35 AC	Sin Tope	
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)		10.00 AC		
Visita por Médico Tratante		0.55 UF		
Visita por Médico Interconsultor		0.55 UF		
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis		3.50 AC	15.00 UF	
Traslados Médicos		1.35 AC	0.70 UF	
AMBULATORIAS				
Consulta Médica	80%	0.45 UF	Sin Tope	Sin Ampliación de Cobertura
Exámenes de Laboratorio		1.35 AC		
Imagenología				
Procedimientos				
Radioterapia			1.35 AC	
Kinesiología		3.00 UF		
Fonoaudiología		2.00 UF		
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista		4.00 UF		
Prótesis y Ortesis	100%	10.00 AC	Sin Tope	
Pabellón Ambulatorio		1.35 AC		
Box Ambulatorio				
Prestaciones Dentales (PAD)	100%	1.00 AC	Uno anual por código	
Quimioterapia	Igual a Quimioterapia Hospitalaria			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS				
Consulta Psiquiatría y/o Psicología	80%	0.35 UF	1.05 UF	Sin Ampliación de Cobertura
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria	100%	0.35 UF	5.25 UF	
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica		1.25 UF por día	30.00 UF	
Cirugía Fotorrefractiva o Fototerapéutica	25% de la Cobertura General			
Hospitalización Domiciliaria				
Cirugía Bariátrica				
OTRAS COBERTURAS				
Lentes Opticos	80%	0.45 UF	0.45 UF	Sin Ampliación de Cobertura
Insumos y anestésicos en cirugía ambulatoria	Igual a Materiales e Insumos Clínicos en Cirugía Mayor			
Cobertura Internacional prestaciones Ambulatorias y HMQ	Igual a la cobertura nacional, sin ampliación de cobertura			
Cobertura Internacional prestaciones Hospitalarias	Igual a la cobertura nacional con un tope máximo para cada prestación igual al precio de las mismas en Nivel Institucional en el HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE			
Cobertura adicional para Enfermedades Catastróficas	En Listado Prestadores CAEC Red de Atención L			

(\*) La forma y aplicación de las coberturas se detalla en las Notas Explicativas contenidas en el Anexo del Plan.

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

PRECIO BASE

U.F

COTIZACION LEGAL

%

TABLA N°

21

TABLA DE FIJACIÓN DE PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN Y MODIFICACIÓN AL NÚMERO DE BENEFICIARIOS

GRUPOS DE EDAD	COTIZANTE MASCULINO	COTIZANTE FEMENINO	CARGA HOMBRE	CARGA MUJER
0 a menos de 2 años	2.00	2.00	2.00	2.00
2 a menos de 5 años	0.90	0.90	0.90	0.90
5 a menos de 10 años	0.70	0.60	0.70	0.60
10 a menos de 15 años	0.60	0.60	0.60	0.60
15 a menos de 20 años	0.80	0.90	0.80	0.90
20 a menos de 25 años	0.80	1.40	0.80	1.00
25 a menos de 30 años	0.90	2.30	0.90	1.80
30 a menos de 35 años	1.00	3.10	0.90	2.30
35 a menos de 40 años	1.20	2.70	0.90	2.00
40 a menos de 45 años	1.30	2.20	0.90	1.50
45 a menos de 50 años	1.50	2.20	1.00	1.90
50 a menos de 55 años	1.90	2.40	1.20	2.10
55 a menos de 60 años	2.50	2.80	1.80	2.40
60 a menos de 65 años	2.90	3.00	2.50	2.60
65 a menos de 70 años	3.40	3.10	3.40	3.10
70 a menos de 75 años	4.00	3.10	4.00	3.10
75 a menos de 80 años	4.50	3.70	4.50	3.70
80 y más	4.90	4.30	4.90	4.30

IDENTIFICACION UNICA DEL ARANCEL

ARANCEL COLMENA

MODALIDAD DEL ARANCEL

PESOS

TOPE GENERAL ANUAL POR BENEFICIARIO

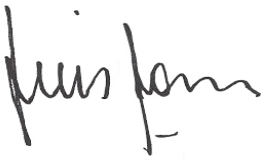
MONTO

2000

U.F

CONDICIONES DE VIGENCIA DEL PLAN GRUPAL

REQUISITOS PARA INGRESAR Y MANTENERSE EN EL PLAN GRUPAL



Firma Gerente General

ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

Firma y Código Agente de Venta

ISAPRE COLMENA GOLDEN CROSS

FECHA:

Firma Cotizante

Nombre:

Rut:

Huella Digital