

TIPO PLAN    INDIVIDUAL     GRUPAL 

 Nº FOLIO FUN 

Identificación del ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

**IRON 8013T**

5249

IRON 8013T

PRESTACIONES	% DE BONIFICACION (*)	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO AÑO CONTRATO POR BENEFICIARIO	AMPLIACION DE COBERTURA
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA</b>				
Día cama				
Día cama cuidados intensivos o coronarios				
Día cama cuidados intermedios				
Derecho Pabellón				
Exámenes de Laboratorio				
Imagenología				
Kinesiología				
Materiales e Insumos Clínicos				
Medicamentos				
Quimioterapia				
Procedimientos				
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)				
Visita por Médico Tratante				
Visita por Médico Interconsultor				
Prótesis, Ortesis y Elementos Osteosíntesis				
Traslados Médicos				
<b>AMBULATORIAS</b>				
Consulta Médica				
Exámenes de Laboratorio				
Imagenología				
Procedimientos				
Radioterapia				
Kinesiología				
Fonoaudiología				
Atención Integral de Enfermería y Nutricionista				
Prótesis y Ortesis				
Honorarios Médico Quirúrgicos (HMQ)				
Pabellón Ambulatorio				
Box Ambulatorio				
Prestaciones Dentales (PAD)	100%	1.00 AC	Uno anual por código	
Quimioterapia		Igual a Quimioterapia Hospitalaria		
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS</b>				
Consulta Psiquiatría y/o Psicología	80%	0.35 UF	1.05 UF	
Consulta Psiquiátrica Hospitalaria		0.35 UF	5.25 UF	
Hospitalización por Enfermedad Psiquiátrica	100%	1.25 UF por día	30.00 UF	
Cirugía Fotorefractiva o Fototerapeútica		25% de la Cobertura General		
Hospitalización Domiciliaria		25% de la Cobertura General		
Cirugía Bariátrica		25% de la Cobertura General		
<b>OTRAS COBERTURAS</b>				
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

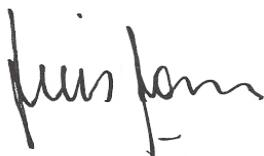
MONTO

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