

NUEVO SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO FAMILIAR

FENPRUSS



CONDICIONES GENERALES

¿En qué consiste el Renovado Seguro Colectivo de Salud Familiar?

Es un programa exclusivo y especialmente diseñado para FENPRUSS, sus Asociados y familias. Con condiciones preferentes de cobertura, prestaciones y el precio más conveniente del mercado con un marcado eje inclusivo para todos los asociados. Con un foco principal en gastos médicos mayores y hospitalarios

1. **Amplia Cobertura:** Nuestro seguro brinda la cobertura más completa disponible en el mercado. Puede ser utilizado por el titular, su cónyuge o pareja hasta los 90 años, así como también por sus hijos propios o los hijos de su pareja hasta los 28 años de edad.
2. **Reembolso de Gastos Médicos:** Ofrecemos un reembolso de Salud (Gastos Médicos) de UF 400 por año, por asegurado y por cada uno de sus dependientes. Este reembolso corresponde a un porcentaje del valor no reembolsado (copago) por su sistema de salud, según se detalla en el cuadro de coberturas adjunto.
3. Medicamentos Genéricos **sin tope**.
4. **Medicamentos de marca:** Para medicamentos de marca, el tope anual de reembolso es de UF 20 por persona, porcentaje según Cuadro de Coberturas.
5. **Amplia cobertura para hospitalización:** Nuestro seguro proporciona una amplia cobertura para gastos de día cama en UCI, UTI Intensivo, Intermedio y Recuperación, sin límite diario por persona.
6. **Deducible competitivo:** Contamos con un deducible altamente competitivo.
7. **Condiciones exclusivas y precio preferente:** Ofrecemos condiciones exclusivas y un precio preferente para nuestros asociados y sus familias.
8. **Acceso a Beneficios Consorcio:** Además, como parte de nuestro seguro, tendrás acceso a Beneficios en todos los productos de Consorcio: seguros, banca e inversión.
9. **Pre-existencias:** Al igual que todos los seguros Complementarios de Salud, éste no cubre pre-existencias, pero si los gastos relacionados con otras patologías o accidentes, permitiendo al asociado ingresar al seguro.
10. **Plan Dental opcional:** También contamos con un plan adicional que incluye reembolso dental, el cual está sujeto al Cuadro de Coberturas correspondiente.

11. **Plan Padres opcional:** Cobertura monto de hasta UF 100 al año individual para cada padre y madre con las mismas coberturas en el Plan de Salud.

¿Quiénes pueden tener el Seguro?

El programa contempla la edad máxima de ingreso hasta los 88 años, pudiendo estar hasta los 90 años.

Todos los Asociados en edad de asegurabilidad y su grupo familiar, cónyuge o conviviente, hijos del colegiado e hijos del cónyuge o conviviente.

Asegurado	Límite Ingreso	Término automático
Titular	Menor de 89 años	Cumplido los 90 años
Cónyuge o Conviviente	Menor de 89 años	Cumplido los 90 años
Hijos	Hijos solteros desde que nacen	Cumplido los 18 o 28 años, siempre que sean estudiantes a tiempo completo y dependientes de sus padres

Asegurado	Límite Ingreso	Término automático
Madre o Padre	Menor de 79 años	Cumplido los 80 años

1. COBERTURA SEGURO DE SALUD FAMILIAR - PLAN PADRES

BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN	% Bono	% Libre Elección	Tope Diario UF	Tope Anual UF
Día Cama Hospitalización	60%	60%	3	30 días
Luego de 30 días se reembolsará	60%	60%	3	Sin Tope
Día Cama Acompañante hijo menor 14 años	60%	60%	2	5 días al año
Servicios Hospitalarios Día Cama UTI / UCI Día Cama Intermedio Día Cama Recuperación Día Cama Sala Cuna Día Incubadora Sala de Urgencia Derecho de Pabellón Examen de Laboratorio e Imágenes Ultrasonografía y Medicina Nuclear, Procedimientos Especiales, Equipos, Insumos y Medicamentos Otros prescritos por Médico Tratante Honorarios Médicos Quirúrgicos	60%	60%		100 por evento
Luego del tope UF 100 por evento se reembolsará	50%	50%		Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria	60%	60%	2	30 días al año
Cirugía Maxilofacial por Accidente	60%	60%		20
Cirugía Maxilofacial por Enfermedad	60%	60%		20
Cirugía Reparadora por Accidente	60%	60%		20
Servicio Ambulancia Terrestre (radio 50 km)	60%	60%		10
Gtos. Donante Vivo	60%	60%		20
Cobertura GES y CAEC	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO MATERNIDAD	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Parto Normal	100%	100%		30 por evento
Parto por Cesárea	100%	100%		40 por evento
Aborto involuntario	100%	100%		10 por evento
Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 21030)	60%	60%		10
Complicaciones del Embarazo	60%	60%		15
Complicaciones del Parto	60%	60%		15
Tratamiento de Fertilidad e Infertilidad	60%	60%		15

BENEFICIO AMBULATORIO	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta Médica	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta Domicilio	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta Especialista	50%	50%	1	Sin Tope
Consulta de Urgencia	50%	50%	1	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio	50%	50%		10
Exámenes de Imagenología, Ultrasonido y Medicina Nuclear	50%	50%		10
Procedimientos de Diagnósticos	50%	50%		10
Procedimientos Terapéuticos (Incluye los insumos ambulatorios no asociados a una cirugía)	50%	50%		10
Kinesiología o Fisioterapia	50%	50%		10
Fonoaudiología	50%	50%		10
Cirugía Ambulatoria	50%	50%		10
Cobertura GES / CAEC	100%	100%		Sin Tope

Aporte Mínimo Institución de Salud de 55% aplica sólo para clínicas de alto costo Alemana, Las Condes, UC San Carlos, Santa María, Los Andes y MEDS

BENEFICIO MEDICAMENTOS AMBULATORIOS	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos	50%	50%		20
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes No Genéricos	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios No Genéricos en convenio Farmacia	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes No Genéricos en convenio Farmacia	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores No Genéricos	50%	50%		10
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos No Genéricos	50%	50%		
Medicamentos Ambulatorios Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Bioequivalentes Genéricos en convenio Farmacia	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Genéricos en convenio Farmacia	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos	100%	100%		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios Antineoplásicos Genéricos	100%	100%		Sin Tope

BENEFICIO SALUD MENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios No Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Medicamentos Psiquiátricos Ambulatorios Genéricos (con y sin convenio)	BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS			
Gastos Ambulatorios				20
Consulta Psiquiatría	60%	60%	1	
Consulta Psicología	60%	60%	1	
Consulta Psicopedagogía	60%	60%	1	
Gastos Hospitalarios	60%	60%		

BENEFICIOS ADICIONALES	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Gastos Ópticos (Marcos, Cristales, Lentes de Contacto)	60%	60%		2
Cirugía Ocular (A)	60%	60%		10
Cirugía Ocular (B)	60%	60%		Sin Tope
Prótesis	60%	60%		10
Órtesis	60%	60%		
Aparatos Auditivos	60%	60%		10

BENEFICIOS ESPECIALES PROPIOS DE LA PÓLIZA	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Obesidad Mórbida.				
Medicamentos	60%	60%		20
Gastos Ambulatorios				
Gastos Hospitalarios				
Cirugía por Disforia de Género	60%	60%		10
Material Yeso	60%	60%		Sin Tope

2. COBERTURA SEGURO PLAN DENTAL

COBERTURA DENTAL	% Bono	% Libre Elección	Tope Prest. UF	Tope Anual UF
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Disfunción, Ortodoncia y Prótesis.	30%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	10
Consulta, Cuidado Dental Rutinario, Cirugía, Endodoncia, Radiografía, Laboratorio, Odontopediatría, Operativa Bucal, Periodoncia, Medicamentos, Urgencia, Implantes, Disfunción, Ortodoncia y Prótesis. (PLAN PADRES)	30%	30%	1 vez arancel Dental Consorcio	5
Carencia	6 meses en Ortodoncia, Prótesis e Implantes.			

(*) La compañía de seguros considera como gasto razonable y acostumbrado aquel que no exceda el 100% valor asignado para esa prestación en el arancel Dental de Referencia Consorcio (arancel Colegio de Cirujano Dentistas de Chile A.G. ajustado a la fecha), salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se establezca un porcentaje diferente.

En el caso de que el gasto dental reclamado exceda al tope de la prestación del arancel estipulado en el párrafo anterior, los porcentajes de reembolso se aplicarán sobre dicho tope (Arancel Dental de Referencia Consorcio).

3. TOPES Y DEDUCIBLES

Topes y Deducibles		
Tope anual de reembolso por Beneficiario menor de 70 años	UF	400
Tope anual de reembolso por Beneficiario mayor de 70 años	UF	250
Tope anual de reembolso Cargas Padres	UF	100
Tope anual de reembolso por Beneficiario en evaluación	UF	10
Tipo de Deducible	Deducible Anual por Grupo Familiar	
Tope Deducible	Máximo 3 por Grupo Familiar	
Deducible Titular sin cargas	UF	0.9
Deducible Titular con 1 carga	UF	1.7
Deducible Titular con 2 cargas	UF	2.4
Deducible Titular con 3 cargas	UF	3.0
Deducible Titular con 4 o más cargas	UF	3.6
Cobertura en el Extranjero	Idem Plan de Salud	
I) Asegurados No afiliados a un Sistema de Salud Previsional		0%
II) Gastos No bonificables por un Sistema de Salud Previsional		50%
III) Servicio I-MED		Si se considera
IV) Convenio Tarjeta Farmacia		Si se considera
Las tarifas consideran convenio Farmacia Cruz Verde, Salcobrand y Ahumada, según se indica en el plan de coberturas		
V) Bonificación mínima del Sistema de Salud Previsional		Si se considera

Todas las condiciones generales de las coberturas se encuentran debidamente inscritas en la Comisión para el Mercado Financiero (CMF) y se encuentran disponibles en www.cmfchile.cl, bajo los siguientes registros:

Condiciones Generales en uso por la Compañía	
Salud	POL 320220123
Dental	CAD 320180077

4. CONDICIONES DE PRECIO PREFERENCIALES

Plan de Salud Complementario

Asegurado	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
Titular solo	UF 0,908	UF 0,172	UF 1,080	\$ 42.411
Titular con 1 carga	UF 1,810	UF 0,344	UF 2,153	\$ 84.563
Titular con 2 cargas	UF 2,715	UF 0,516	UF 3,231	\$ 126.868
Titular con 3 cargas	UF 3,622	UF 0,688	UF 4,310	\$ 169.252
Titular con 4 ó más cargas	UF 4,521	UF 0,859	UF 5,380	\$ 211.271

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 39.269,69 del día 01/07/2024.

Plan de Salud Complementario Padres

Asegurado	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
1 Padre	UF 0,908	UF 0,172	UF 1,080	\$ 42.411
2 Padres	UF 1,810	UF 0,344	UF 2,150	\$ 84.430

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 39.269,69 del día 01/07/2024.

Plan adicional Dental

Asegurado	Prima Neta UF	Impuesto IVA	Prima Bruta UF Mensual	Prima Bruta \$ Mensual
Titular solo	UF 0,109	UF 0,021	UF 0,130	\$ 5.105
Titular con 1 carga	UF 0,218	UF 0,042	UF 0,260	\$ 10.210
Titular con 2 cargas	UF 0,328	UF 0,062	UF 0,390	\$ 15.315
Titular con 3 cargas	UF 0,429	UF 0,081	UF 0,510	\$ 20.028
Titular con 4 ó más cargas	UF 0,538	UF 0,102	UF 0,640	\$ 25.133

(*) Valores en pesos calculados a la UF de 39.269,69 del día 01/07/2024.

Importante considerar:

- El valor **máximo del Programa es Titular con 4 cargas**, asegurados adicionales no pagan.
- El plan padres requiere que el Asociado **ingrese al seguro**.

- 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, la Compañía considerará como mínimo un 50% de aporte o reembolso Isapre/ Fonasa, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso de porcentaje señalado.
- Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.
- Deducible cobertura AUGES O GES Y CAEC: Reembolso 100% del deducible que aplique el sistema institucional al cual el asegurado se encuentre afiliado. Todos los excedentes no cubiertos por el sistema institucional y que no correspondan al deducible serán reembolsados según plan. Deducible máximo a cubrir al 100%, UF126, el cual es el equivalente a la cantidad de 30 (treinta) veces la cotización de salud pactada por cada beneficiario que lo utilice, con un mínimo de UF 60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico.
- Aporte mínimo de ISAPRE o FONASA de 55%. Sólo Clínicas Alto Costo (Santa María, Alemana, Las Condes, UC San Carlos, U. Los Andes y MEDS.): En el evento que se establezca esta condición en el plan, en caso de que el reembolso de la institución de salud (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.
- Maternidad (Ampliación): Se otorgará cobertura conforme a lo establecido en Cuadro de Beneficios para todos aquellos casos de Embarazos Preexistentes que ingresen a una póliza, sea titular, cónyuge o pareja de un titular. Esta condición cubre los gastos ambulatorios durante el embarazo y los gastos considerados en la cobertura.
- La cobertura de Maternidad es **sólo** para los Asegurados Titulares, Cónyuges o Parejas, no siendo aplicable para las hijas.
- % Reembolso Prestadores Preferentes Institucionales: 100% hasta UF300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican en plan de beneficios, en todos los centros públicos hospitalarios del país (no incluye clínicas privadas), siempre y cuando se utilice el sistema de salud previsional (Isapre o Fonasa), Habitación Doble e Institucional (excluye Suite) y con los Médicos del Staff del centro hospitalario correspondiente.

- Servicio Ventanilla Única: para los prestadores señalados en esta modalidad, el beneficiario podrá obtener el reembolso del seguro directamente a través del prestador. El servicio es sólo para gastos hospitalarios que sean reembolsados previamente por La Isapre en forma directa al prestador, y podrá incluir los gastos contemplados en las prestaciones de A) Beneficio Hospitalización y B) Beneficio de Hospitalización por Maternidad. Listado de estos prestadores, se encuentra disponible en póliza bajo el título CONVENIO FACTURACIÓN DIRECTA
- Hospitalización Domiciliaria: (Home Care), se otorgará esta cobertura siempre y cuando la prestación haya sido bonificada por la Isapre, en los porcentajes y topes indicados en el cuadro de beneficios.
- Kinesioterapia y Fonoaudiología, estas prestaciones estarán cubiertas, siempre y cuando hayan sido prescritas por un profesional Médico. Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Kinesioterapia y Fonoaudiología, se exigirá derivación de un profesional de la especialidad.
- Para la bonificación de gastos relacionados a consultas de Psiquiatría, Psicología y/o Psicopedagogía constituye requisito para su reembolso la orden de derivación del médico
- Las derivaciones médicas tendrán una validez por el periodo especificado del tratamiento. En el caso de ausencia del número de sesiones la vigencia de las derivaciones tendrá una duración de 6 meses.

IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON SEGUROS FENPRUSS