

VALORES RENOVACIÓN PARA LA PÓLIZA 6104	% FINANCIA TRABAJADOR	% FINANCIA CMSC	VALOR A PAGAR CON REAJUSTE 2018-2019		Incremento versus año anterior	Diferencia respecto al valor año 2018: +/-
			EN UF	EN PESOS		
Trabajador/a Sin Cargas	23%	77%	0,2818	\$ 7.689	7%	1.932
Trabajador/a + 1 Carga	45%	55%	0,7695	\$ 20.996	7%	2.802
Trabajador/a + 2 Cargas	58%	42%	1,2597	\$ 34.375	7%	3.679
Trabajador/a con 3 ó + Cargas	65%	35%	1,7486	\$ 47.715	7%	4.549

Importante: El Valor en Pesos (\$) va variando mes a mes ya que la póliza se paga en UF

Síntesis Cobertura de la Póliza :

- * Sin Deducible
- * Tope anual por persona: 300 UF
- * Considera Catastrófico por 500 UF Anuales
- * Reembolsos Medicamentos en un 50% y de forma directa en farmacias en convenio (CRUZ VERDE - SALCOBRAND)
- * Valor incluye Seguro de Vida en caso de Muerte Accidental e Invalidez 2/3 del colaborador por 500 UF
- * Seguro de Vida Incluye Cláusula Adicional por Muerte de Cónyuge de 10 UF
- ** Considera misma cobertura Poliza 6104(2018):

Beneficio / Cobertura	Tope Anual
* Consultas Médicas (Entre el 70% y 80% cobertura)	Sin tope anual
* Exámenes Laboratorio e Imagenología (Entre el 70% y 80% cobertura)	Sin tope anual
* Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos	60 UF Anuales
* Gastos Hospitalarios (incluye Cirugía Bariátrica)	Sin tope anual
* Cirugías Ambulatorias	Sin tope anual
* Gastos de Maternidad (Del parto normal)	10 UF anuales
** Cesáreas	15 UF Anuales
** Complicaciones embarazo y Aborto No Voluntario	10 UF anuales
* Salud Mental ambulatoria	Sin tope anual
** Salud Mental - Gastos Hospitalarios	20 UF anuales
* Óptica	5 UF Anuales
* Audífonos, prótesis y Órtesis	20 UF anuales
* Ambulancia	44,85 UF Anuales
* Fonoaudiología y Terapia Ocupacional (Tope x Consulta)	Sin tope anual
* Cirugía Lásik sin restricción dioptría	Sin tope anual
* Nutricionista (Tope x Consulta)	10 UF anuales
* Cintas Medición Glicemia	5 UF Anuales
* Cobertura DENTAL (Iguales % año 2018)	15 UF Anuales
* Medicamentos de marca (50% reembolso)	20 UF anuales
* Medicamentos Genéricos o Bioequivalentes (100% reembolso)	



Póliza Opcional para Colaboradores(as) - COBERTURA PARA PADRES

RENOVACIÓN PLAN PADRES PÓLIZA 6105 - CMSG	VALOR A PAGAR CON REAJUSTE 2018-2019		Incremento versus año anterior	Diferencia respecto al valor año 2018: +/-
	EN UF	EN PESOS		
Trabajador/a + 1 Padre	0,9487	\$ 25.887	7%	1.696
Trabajador/a + 2 Padres	1,8974	\$ 51.774	7%	3.392

Importante: El Valor en Pesos (\$) va variando mes a mes ya que la póliza se paga en UF

Síntesis Cobertura de la Póliza :

- * Sin Deducible
- * Tope anual por padre: **100 UF** (* No Considera Cobertura adicional Catastrófica)
- * Sin límites de edad para Ingreso y Permanencia del padre.
- * **Madre:** Cubre en las madres el control Ginecológico (PAP, Mamografía, Ecotomografía mamaria, Ecografía Ginecológica). Exámenes Hormonales, Tiroideos y Densitometría Ósea.
- * **Padre:** Cubre los controles preventivos urológicos, en hombres con edad igual o mayor a 40 años, se cubrirán las siguientes prestaciones: Consulta Médica y Antígeno Prostático.

** Considera misma cobertura Póliza 6105-2018:

Beneficio / Cobertura	Tope anual
* Consultas Médicas (50% Reembolso con tope de 0,3 por evento)	Sin tope anual
* Exámenes Laboratorio e Imagenología (35% Reembolso)	Sin tope anual
* Procedimientos de Diagnóstico y Terapéuticos No Quirúrgicos (35% Reemb)	60 UF anuales
* Gastos Hospitalarios (Días Cama 80% con tope de 2UF por día)	Sin tope anual
* Gastos Hospitalarios (Días Cama UTI/UCI 80% con tope de 4UF por día)	Sin tope anual
* Servicios Hospitalarios (50% Reembolso)	Sin tope anual
* Cirugías Ambulatorias (50% Reembolso)	Sin tope anual

