



Montos Máximos y deducibles		Red Saludsa	Libre elección (Privados)	Red Saludsa Care	Financiamiento/ Coberturas Aplica a Tarifarios por Procedimientos NIVEL 3
Monto máximo de cobertura anual	\$10.000				
Deducible Anual	\$90				
Prestaciones Médicas/Sanitarias					
Hospitalarias	Terapia Intensiva, atención hospitalaria, ambulancia por transferencia o movilización entre establecimientos sanitarios, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos intrahospitalarios, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación intrahospitalaria, apoyo psicológico durante la estancia intrahospitalaria. Financiamiento Hospitalario de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada).	✓	✓		100%
	Financiamiento de Trasplante no experimental, Pretrasplante, Postrasplante para paciente por año (incluye consultas médicas de especialidad, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios y atención hospitalaria general, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física y complicaciones médicas resultantes).	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 4.000
Por trasplantes	Financiamiento de Trasplante no experimental de donante vivo, Pretrasplante, Postrasplante para donante por año (incluye consultas médicas, laboratorio, imagen, medicamentos, procedimientos, cuarto y alimento, servicios hospitalarios, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas, cuidados intensivos, insumos médicos, honorarios médicos, rehabilitación física a excepción de complicaciones médicas resultantes).	✓	✓		Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 1.000
Ambulatoria	Financiamiento Ambulatorio: Consulta Médica, Laboratorio Clínico, Imagen, Procedimientos menores, Terapias. Hospital del día: servicios hospitalarios, cuidados enfermería, interconsultas médicas, laboratorio clínico y anatomopatológico, imagen, medicamentos, insumos y dispositivos médicos, honorarios médicos. Financiamiento Ambulatorio de enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, crónicas, catastróficas; sobrevenientes a la fecha de inicio de vigencia del producto (aplica monto y período de carencia en caso de corresponder a una preexistencia declarada). Estudios Anatomopatológicos, Genéticos y para enfermedades congénitas para confirmar un diagnóstico. Urgencia Médica (incluye consulta, procedimientos menores, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen).	✓	✓		80%
	Medicamentos Ambulatorios (Principales cadenas de farmacias del país).	✓			80% genérica / 60% marca
	Medicamentos Ambulatorios Libre Elección.		✓		40% genérica / 30% marca
	Emergencia Médica (incluye la atención prehospitalaria, todo el equipamiento, insumos, medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio clínico e imagen y procedimientos).	✓	✓		100%
	Monto máximo por consulta médica ambulatoria.	✓	✓	✓	\$25.62
	Terapias (rehabilitación física, respiratoria y de lenguaje) por año por Usuario.	✓	✓		20 sesiones
	Número de consultas para homeopatía, acupuntura y quiropraxia por año.	✓	✓		12 consultas
	Ambulancia terrestre nacional por año.	✓	✓		80% hasta \$100
	Tratamiento de sustitución de la función renal: Atención Ambulatoria en prestadores habilitados para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal mediante diálisis peritoneal o hemodiálisis (aplica monto y período de Carencia en caso de preexistencia).	✓	✓		80%
Servicios médicos a domicilio	Número de consultas médicas generales a domicilio por año.			✓	Ilimitadas (aplica Copago de acuerdo al sector donde se realice la visita)
Preexistencias declaradas	Financiamiento Preexistencias Anual inmediato, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto (Aplica cuando la afiliación corresponda a una Clase Elegible de la empresa).	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% Hasta \$900
	Financiamiento Preexistencias Anual a partir del mes 13, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto (Aplica cuando la afiliación no se realizó bajo Clase Elegible).	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% Hasta \$900
	Financiamiento Preexistencias anual a partir del mes 25, contados a partir de la suscripción del usuario en el producto. (Los montos máximos por preexistencias no se suman entre sí aún cuando estén determinados por diferentes tipos de Red, Aplica Grupal Elegible y Voluntario).	✓	✓	✓	Ambulatorio 80%, Hospitalario 100% hasta \$ 1.800
Financiamiento prestación odontológica para titular	Examen clínico y diagnóstico, rayos-x (periapicales), fase higiénica (profilaxis), consulta con especialista, urgencias.			✓	100%
	Resina simple (1 superficie), resina compuesta (2 superficies), resina compleja (3 o más superficies), extracciones simples.			✓	70%
Condiciones Especiales de Financiamiento	Emergencia médica en caso de mora (incluye todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios) hasta la estabilización ambulatoria del paciente.	✓	✓		80% hasta \$500
	Emergencia médica de preexistencias en período de Carencia (incluye todo el equipamiento, insumos y Medicamentos necesarios).	✓	✓		80% hasta \$500
	Chequeos prenatales para embarazo no cubierto desarrollado durante el período de Carencia (consultas médicas ginecológicas, uterinas, uacunos, laboratorio clínico e imagen).			✓	80% hasta \$100

