

**PLAN EMPLEADOS < DE 66 AÑOS**
**Cobertura Gastos Salud**

		Aporte Mínimo Inst. Salud (**)	Prest. Preferente (1)	Prestador (2)	Bono	Libre Elección	SCIF	Tope Diario	Año Poliza por Asegurado	Tope por Evento	Tope por Prestación
<b>N° A) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN</b>											
1	Día Cama General Hasta 30 Días	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
2	Día Cama General desde día 31	50%	100%	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
3	Día Cama Home Care (Hasta 30 días Anuales) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
4	Día Cama Acompañantes (Hijo Menor o Igual a 14 Años, Hasta 5 Días por Evento) (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	UF 2	-	-	-
5	Día Cama Intermedio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
6	Día Cama Recuperación	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
7	Día Cama UCI (Unidad de Cuidado Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
8	Día Cama UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
9	Día Incubadora	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
10	Día Sala Cuna	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
11	Exámenes de Laboratorio	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
12	Exámenes Radiológicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
13	Insumos Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
14	Materiales Clínicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
15	Procedimientos (Diagnóstico y Terapéutico)	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
16	Medicamentos Hospitalarios	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
17	Derecho a Pabellón	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
18	Honorarios Médicos Quirúrgicos	50%	100%	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
19	Bono PAD Fonasa Hospitalario	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
20	Trasplante Donante Vivo (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 20	-	-
21	Cirugía Maxilo Facial por Accidente	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
22	Cirugía Maxilo Facial por Enfermedad	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 15	-	-
23	Cirugía Bariátrica	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
24	Enfermera Profesional en Hospitalización (Según Definición)	50%	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			
25	Cirugía por Disforia de Género	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
26	Interrupción Voluntaria del Embarazo	50%	-	-	80%	80%	40%	-	UF 10	-	-
<b>N° B) BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD</b>											
27	Parto Normal	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 20	-
28	Cesárea	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 30	-
29	Aborto no Provocado	-	-	-	100%	100%	50%	-	-	UF 10	-
30	Tratamientos de Infertilidad y Esterilidad (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 10	-	-
31	Bono PAD Fonasa Maternidad	-	-	-	100%	-	-	-	UF 55	-	-
32	Complicaciones del Embarazo (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
33	Complicaciones del Parto (Según Definición)	-	-	-	100%	100%	50%	-	UF 10	-	-
<b>N° C) BENEFICIO AMBULATORIO</b>											
34	Exámenes de Laboratorio	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
35	Exámenes Radiológicos	-	-	80%	80%	70%	40%	Sin Tope			
36	Procedimientos de Diagnostico (No Incluye Materiales)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
37	Procedimientos Terapéuticos (No Incluye Medicamentos o Drogas, y Materiales Clínicos)	-	-	-	70%	70%	40%	Sin Tope			
38	Mamografía Preventiva	-	-	-	80%	70%	35%	Sin Tope			
39	Control Preventivos Prostático (Mayores de 40 años contempla consulta y examen antígeno prostático)	-	-	-	80%	80%	40%	-	UF 2	-	-
40	Tratamiento Fonoaudiológico	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
41	Tratamiento Kinesiológicos	-	-	-	80%	70%	40%	Sin Tope			
42	Cirugía Ambulatoria (Incluye Materiales Clínicos e Insumos Ambulatorios) (No Incluye Cirugía	-	-	-	80%	80%	40%	Sin Tope			

	Oftalmológica u Ocular)											
43	Consulta General	-	-	80%	80%	70%	40%					
44	Consulta de Urgencia	-	-	80%	80%	70%	40%	-	-	-		UF 0,5
45	Consulta Domicilio	-	-	80%	80%	70%	40%					
46	Consulta Especialista	-	-	80%	80%	70%	40%					
<b>N° D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS</b>												
47	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%					Sin Tope
48	Medicamentos Genérico y Bioequivalente Genérico (con convenio)	-	-	-	100%	100%	100%					Sin Tope
49	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores Genéricos. (Sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%					Sin Tope
50	Medicamentos Antineoplásicos Genéricos (sin convenio)	-	-	-	100%	100%	100%					Sin Tope
51	Medicamentos NO Genéricos y Bioequivalentes NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%					Sin Tope
52	Medicamentos No Genérico y Bioequivalente No Genérico (Con convenio)	-	-	-	45%	45%	45%					Sin Tope
53	Medicamentos Inmunosupresores o Inmunomoduladores NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%					Sin Tope
54	Medicamentos Antineoplásicos NO Genéricos (sin convenio)	-	-	-	45%	45%	45%					Sin Tope
55	Medicamentos Naturales y Homeopáticos	-	-	-	50%	50%	50%	-	UF 4	-	-	-
<b>N° E) BENEFICIO DE SALUD MENTAL</b>												
56	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (sin convenio)											Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
57	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica Genérico (con convenio)											Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
58	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (sin convenio)											Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
59	Medicamentos asociados a terapia Psiquiátrica NO genérico (con convenio)											Incluido en D) BENEFICIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS
60	Consulta o Sesiones Psiquiátricas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%					
61	Consulta o Sesiones Psicológicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 25	-	-	-
62	Consulta o Sesiones Psicopedagógicas (tope UF 0,8 por sesión)	-	-	-	80%	70%	70%					
63	Hospitalización Psiquiátrica	-	-	-	80%	70%	70%					
<b>N° F) OTROS BENEFICIOS</b>												
64	Ambulancia Terrestre (Según Condicionado General)	-	-	-	100%	80%	40%					Sin Tope
65	Gastos Opticos (Lente de Contacto, Marcos y Cristales)	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 3	-	-	-
66	Cirugía Ocular (A) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%	-	UF 15	-	-	-
67	Cirugía Ocular (B) (Según Definición)	-	-	-	70%	70%	35%					Sin Tope
68	Audífonos	-	-	-	80%	70%	70%	-	UF 20	-	-	-
69	Plantillas Ortopédicas	-	-	-	70%	70%	70%					Sin Tope
70	Materiales de vendas de yeso, plástico o similares.	-	-	-	80%	70%	35%					Sin Tope
71	Prótesis (Excluye lente intraocular y sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%					
72	Ortesis "Ambulatorio y Hospitalario" (excluye lente intraocular, sillas de rueda y prótesis dentales)	-	-	-	70%	70%	70%	-	UF 20	-	-	-

**Otros**

GASTO EN EL EXTRANJERO: La cobertura rige para gastos de urgencia y para otros gastos que sean aprobados previamente por la aseguradora, en ambos casos el reembolso se encuentra sujeto a lo establecido en el presente plan y al límite de reembolso mínimo de Isapre o Fonasa.

Deducible cobertura AUGÉ O GES Y CAEC: 100% reembolso del deducible que aplique el sistema institucional (ISAPRE O FONASA) al cual el asegurado se encuentre afiliado. Esta cobertura no se encuentra sujeta a cargo del deducible del plan de seguro. Se entiende por el deducible aplicado por la institución de salud (ISAPRE O FONASA), el monto corresponde a 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 UF60 para cada enfermedad catastrófica o diagnóstico. Todo los excedentes no cubiertos por AUGÉ O GES Y CAEC y que no correspondan al deducible aplicado por la institución de salud

(ISAPRE O FONASA), serán reembolsados según las condiciones, porcentajes, topes y deducibles del presente plan de seguro.

Beneficio Maternidad, 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 o cónyuge de un titular.

Esta nueva condición INCLUYE los gastos ambulatorios durante del embarazo y los gastos de la maternidad cubiertos en los eventos parto normal, parto con cesárea, aborto no voluntario y partos múltiples, según corresponda en el Cuadro de Beneficios, sin embargo NO CUBRE ninguna patología congénita del recién nacido, así como tampoco las complicaciones del embarazo y/o parto en estos casos señalados.

Se establece para Clínica Las Condes, Clínica Los Andes, IRAM, FALP, Clínica Tabancura, Clínica Alemana y Clínica San Carlos de Apoquindo, según plan un 50% REEMBOLSO MINIMO DE ISAPRE o FONASA, en caso que dicho reembolso sea menor, la compañía considerará como reembolso de la institución, el porcentaje mínimo señalado, aplicando el plan de beneficios del seguro sobre el exceso del porcentaje señalado. No se considera esta norma, para ítem beneficio maternidad, ítem beneficio ambulatorio, ítem beneficio de medicamentos ambulatorios, ítem beneficio salud mental, y beneficios adicionales. Para efectos de gastos sin cobertura ISAPRE/FONASA, también procede lo indicado, y el reembolso del excedente será reembolsado bajo la cobertura señalada para esta modalidad.

(1) PRESTADORES PREFERENTES: 100% hasta UF 300 o hasta el monto máximo del plan de salud (si este es menor), en las prestaciones que se indican el 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.

(2) PRESTADORES PREFERENTES: Según listado que se adjunta.

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 página WEB: [www.vidasecurity.cl](http://www.vidasecurity.cl)

Deducible (Individual)	Aplicado después del reembolso del plan(Máx. 3)	
Acumulación del deducible: año póliza, aplicado posterior al reembolso del plan	Por Persona	UF 0,50
	Por Grupo Familiar	UF 1,50
<b>Monto Máximo (anual) año póliza por asegurado para Cobertura excepcional(para asegurados en evaluación):</b>	<b>Monto Máximo (anual) año póliza:</b>	
10 UF	POR PERSONA	UF 500

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES DEFINICIONES**
**Detalle de definiciones adicionales a las Condiciones Generales de Póliza**

<b>Día Cama Home Care</b>	Corresponde a tratamiento que debe ser efectuado en un hospital o Clínica, sin embargo, a causa del pronóstico del paciente (enfermedad terminal) se determina que sus dolencias sean mitigadas a través de este tipo de servicio. Esta cobertura, por sus características, debe ser evaluada y autorizado su pago a través de un análisis con el médico de la aseguradora. Con un máximo de cobertura, hasta 30 días anuales.
<b>Día Cama Acompañante</b>	Corresponde al alojamiento del padre o madre asegurada, por Hijo menor y hasta 14 años, quien acompaña al paciente incluyendo gastos de alimentación. Con un máximo de cobertura, hasta 5 días por evento anual
<b>Cirugía Máxilo - Facial por Accidente</b>	Es aquella que se realiza en las mandíbulas y aparato masticador, en general se puede realizar por un cirujano maxilofacial u odontólogo, es por accidente cuando hay una lesión traumática apreciable y que afecte a los dientes naturales. El tratamiento hospitalario y sus gastos ambulatorios posteriores (si la póliza los cubriere), a causa de las lesiones, tendrán cobertura, siempre que éstos se realicen dentro de los seis (6) accidente.
<b>Cirugía Máxilo - Facial por Enfermedad</b>	Cubre el tratamiento y sus gastos posteriores, a causa directa de malformaciones que provocan menoscabo y deterioro en la salud del asegurado, a través de enfermedades de signo-sintomatología claramente demostrables por exámenes y por tratamientos previos de larga evolución en el asegurado y que estos estén asociados al menoscabo de la salud del asegurado. No se cubrirán Cirugías y/o tratamientos con fines estéticos.
<b>Cirugía Reparadora por Accidente</b>	Corresponde al procedimiento realizado por un cirujano plástico que tiene como objetivo reparar una lesión, malformación o secuela que provoque menoscabo a la persona, es decir que no sea meramente con fin estético. Sólo tendrá cobertura si la cirugía se realiza dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el accidente
<b>Trasplante Donante Vivo</b>	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
<b>Trasplante Donante Post Mortem</b>	Si el donante es asegurado de la póliza y será donante para un miembro del grupo familiar asegurado, se otorga cobertura a o los estudios de histocompatibilidad, hospitalización, procedimientos quirúrgicos relacionados con la extracción del órgano(ectomía), los siguientes exámenes: Anticuerpos linfocitotóxicos PRA por microlinfotoxicidad (0305052), Alocrossmatch con linfocitos totales. (0305056), Alocrossmatch con linfocitos T Y B (0305057), Tipificación HLA-A, B serología (0305063), - Cultivo Mixto de Linfocitos(0305058), - Grupo Sanguíneo ABO y Rho y el traslado y conservación del órgano.
<b>Complicaciones del Embarazo y Parto</b>	Son todas aquellas complicaciones que se asocian a un embarazo fisiológico y que pueden ocurrir tanto durante el propio embarazo, como en el evento mismo del parto o cesárea, tales como, diabetes gestacional, placenta previa, embarazo ectópico, hiperémesis, hemorragia, hipertensión embarazo prolongado, y en el momento del parto, puede que el este no comience cuando se rompen las membranas que contienen al feto (rotura prematura de las membranas), o bien puede empezar antes de las 37 semanas de embarazo (parto pre término) o más de 2 semanas después de la fecha estimada de parto (embarazo pos término, así mismo, se añaden en ocasiones problemas o trastornos médicos de la madre (pelvis estrecha), o el feto, un desarrollo del parto lento o una posición anormal del feto(distocias), excesiva hemorragia vaginal y una frecuencia cardíaca anormal del feto, prolapso del cordón umbilical, doble circular del cordón, cuello cervical incompetente, cesárea, etc. Se bonificarán los gastos de las complicaciones mencionadas, sólo bajo éste ítem de cobertura que deriven o no en un parto, cuando este ítem se encuentra habilitado y con cobertura, considerando que se bonificarán todos los excesos no cubiertos por el ítem respectivo (parto normal, cesárea o aborto).
<b>Tratamientos infertilidad y Esterilidad</b>	Corresponde a todos aquellos procedimientos que tienen por finalidad lograr el embarazo, estos tratamientos pueden estar dirigido a la mujer o al hombre dependiendo la causa que motiva la infertilidad, los procedimientos pueden ser ambulatorios ( exámenes, tratamientos hormonales, etc.) u hospitalarios ( cirugía ginecológica, varicocele, endometriosis, quistes, fertilización asistida, distocias uterinas etc.).
<b>Cirugía Ocular</b>	La Cirugía Ocular, comprende tratamiento relacionado a esta cirugía, tales como procedimientos, insumos, honorarios médicos y lentes intraoculares, conforme a lo siguiente: a) Cirugía específica por los siguientes diagnósticos (láser o no láser): Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo, presbicia, defectos aberrométricos o astigmatismo irregular. Esta cobertura estará condicionada a que se trate de pérdidas de visión con un mínimo de 3 dioptrías, y que además, el asegurado que produce los gastos aquí descritos, sea mayor de 20 años y con cobertura ininterrumpida en la póliza por más de 24 meses. b) Cirugía general por otros diagnósticos no incluidos en la letra a) anterior, cuando estos se produzcan por enfermedad diagnosticada o por accidente ocurrido con posterioridad al inicio de la vigencia del asegurado en la póliza. Esta cobertura estará sujeta a la acreditación de la necesidad de la cirugía mediante un informe del médico tratante y la presentación de todos los exámenes que lo respalden.
<b>Ambulancia Aérea</b>	Servicio aéreo utilizado por el paciente grave, que requiere traslado inminente a un centro asistencial de mayor complejidad, dada la insuficiencia técnica del prestador de origen y/o insuficiencia técnica de los centros hospitalarios de la ciudad de origen

**IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.**

**SI SU PLAN CONTEMPLA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS POR FAVOR LEER DETENIDAMENTE LAS SIGUIENTES**

<b>Obesidad Mórbida (u obesidad severo o clase II):</b>	Es aquella condición cuyo IMC $\geq 40$ , o mayor a IMC 35 cuando es acompañado de una comorbilidad directa y asociada, es decir con la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado. Se consideran como "comorbilidad significativa o discapacidad severa" lo siguiente: Diabetes, Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedades osteo-articulares severas y apnea obstructiva del sueño severa. La cobertura será cubierta según el plan de seguro estipulado en la póliza, y no considera gastos por gimnasio ni pastillas para bajar de peso. Para la evaluación y pago de un gasto bajo esta cobertura, el asegurado deberá presentar toda la información necesaria que permita a la compañía determinar la procedencia del caso, asimismo, la compañía podrá evaluar facultativamente cualquier otra condición asociada no mencionada, si esta cumple con lo señalado, es decir, "cuando la obesidad es acompañada de una comorbilidad directa y asociada, incluyendo la presencia de al menos una u otra enfermedad significativa o discapacidad severa y minusvalía a causa del exceso de peso, lo cual implica un riesgo para la salud y la vida del asegurado".
<b>Septoplastia:</b>	Es la cirugía de desviación del tabique nasal. Esta deformidad se acredita anatómicamente a través del estudio imagenológico (Rx, escáner o resonancia nuclear magnética), para que esta cirugía sea de carácter reparativo y no estético, es decir que produzca un menoscabo funcional debe haber una Rinomanometría que demuestre una obstrucción respiratoria y que no mejora con el uso de inhaladores, se debe complementar la evaluación con ficha clínica y protocolo operatorio.
<b>Recién Nacido</b>	Se otorga cobertura desde el día 1 de nacido según lo siguiente: El Recién Nacido tendrá vigencia inicial desde el 1er día de nacido, siempre que sea incorporado al seguro en un plazo no superior a los 30 días contados de la fecha de su nacimiento, sea o no madre asegurada y haya o no estado cubierto el parto, de lo contrario rige lo establecido en las condiciones generales. Se otorgará cobertura a prestaciones producto del Recién Nacido prematuro, patologías o dolencias producidas durante el embarazo o parto y enfermedades congénitas del Recién Nacido, siempre y cuando la concepción haya sido durante la vigencia de la madre en el seguro
<b>CAEC y GES (Auge)</b>	Para prestaciones cubiertas por la póliza y de corresponder otorgar la cobertura, en el caso que el asegurado se acoja a CAEC o GES (auge), se reembolsará el 100% del deducible aplicado por la institución de salud previsional respectiva, no aplicando en dicho reembolso, el deducible que se asigna en el presente cuadro de beneficios. Para aquellas prestaciones, del diagnóstico que activaran CAEC o GES (auge), que no sean cubiertas por dicho sistema CAEC o GES (auge), su reembolso será bonificado según plan de beneficios normal, siempre cuando, los gastos correspondan a prestaciones cubiertas en el cuadro de beneficios de esta póliza.
<b>Tratamiento para Crecimiento</b>	Tratamiento para Crecimiento: Son aquellos tratamientos con la finalidad de mejorar la talla baja y se realizan a través de análogos de la hormona crecimiento. Se cubrirán los medicamentos, exámenes y su tratamiento, siempre que exista una causa hormonal demostrable con laboratorio u otros procedimientos y siempre que estos estén relacionados con el tratamiento de ésta causa primaria, de lo contrario, de no existir exámenes que demuestren causa primaria, no corresponderá el pago, ya que no habrá menoscabo demostrable
<b>Patologías o Malformaciones Congénitas</b>	Las malformaciones congénitas son alteraciones anatómicas que ocurren en la etapa intrauterina y que pueden ser alteraciones de órganos, extremidades o sistemas, debido a factores medioambientales, genéticos, deficiencias en la captación de nutrientes, o bien consumo de sustancias nocivas.
<b>Consulta Nutricionista</b>	Prescrito por Médico Tratante y con patologías asociadas.
<b>Partos Múltiples</b>	Según se señala en Cuadro de Beneficios.
<b>Tratamiento por adicción a droga o alcoholismo</b>	Es aquel tratamiento realizado a un drogadicto o alcohólico a través de fármacos o prestaciones psiquiátricas específicas y cuya finalidad será la cura de esta, contempla psicoterapia individual y grupal además de hospitalización.
<b>Medicamentos Oncológicos</b>	Se define para este contrato, todos aquellos fármacos alopatícos que se usan para el tratamiento curativo, para esta clasificación de drogas antineoplásicas se encuentran sólo los coadyuvantes en terapia citostáticas, antibióticos antineoplásicos y citostáticos antineoplásicos. Los antiestrogénicos y antiandrogénicos quedan excluidos de esta clasificación ya que actúan a nivel hormonal evitando el recrudescimiento del cáncer ya tratado.
<b>Productos Dermocosméticas</b>	Se cubrirán todos aquellos Productos Dermocosméticos recetados por un dermatólogo y siempre que estén asociados a una de las siguientes patologías: Rosácea, Vitiligo, Soriasis y Cáncer de Piel
<b>Prótesis de Mayor Complejidad</b>	Si este ítem se incluye, implica que bajo este concepto se consideran aquellas prótesis definidas como Híbridas y bioeléctricas (marcapaso, válvulas cardíacas, etc.). En caso que no se encuentre incluido este ítem en póliza y sí se encuentra Prótesis y Ortesis, entonces este concepto se entiende incluido en este.
<b>Tratamiento de Kinesiología y Fisioterapia</b>	Son aquellas acciones terapéuticas efectuadas por un kinesiólogo, con el fin de recuperar la función o corregir una deficiencia. Estas acciones, sólo se cubren con orden médica.
<b>Procedimiento Quimioterapia y Radioterapia</b>	sólo se cubre el procedimiento. En este ítem no se cubren las drogas oncológicas, estas deben cubrirse por el ítem medicamentos o si lo tiene el plan el ítem específico de drogas oncológicas.
<b>Carencia en cobertura dental</b>	Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso bajo el presente adicional. El periodo de carencia regirá a partir de la fecha de vigencia inicial del asegurado en la Póliza o desde la fecha en la cual se contrate esta cobertura como también para los asegurados (titulares o cargas), que se incorporen con posterioridad a la vigencia inicial de esta cobertura en la Póliza en cuyos casos regirá a contar de su fecha de Incorporación.

**IMPORTANTE: ESTE RESUMEN NO REPRESENTA EL 100% DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE SU PÓLIZA, CUALQUIER ACLARACIÓN POR FAVOR CONSULTAR CON RECURSOS HUMANOS DE SU EMPRESA.**