



Plan Empleados Anglo American Sur

Seguro Complementario de Salud

Coberturas	Bonificación (%)	Tope (UF)
Hospitalaria		
Día Cama hasta día 60	85	UF 2,5 diarios
Día Cama (exceso sobre 60 días)	60	Sin Tope
Servicios Hospitalarios (UTI/UCI)	85	UF 10 por evento hosp.
Hon. Méd. Quirúrgicos y Serv. Hospitalarios	85	UF 10 por evento hosp.
Exceso Hon. Méd. Quirúrgicos y Serv. Hosp.	60	Sin Tope
Hospitalización Domiciliaria 60 días	85	UF 2,5 diarios
Hospitalización Domiciliaria (exceso 60 días)	60	Sin Tope
Ambulancia aérea	100	UF 50 anual
Ambulancia Terrestre (Max. Km 50)	100	UF 10 por evento
Enfermera Privada	100	UF 100 anual
Donante Vivo	100	UF 40 anual
Donante Post Mortem	100	UF 20 anual
Maternidad	Cubre Hijas y Cónyuges	
Parto Normal	85	UF 18 por evento
Parto Cesárea	85	UF 20 por evento
Aborto no Voluntario	85	UF 10 por evento
Aborto no Voluntario / Exceso	60	Sin Tope
Complicaciones del Parto		Dentro del tope Parto
Ambulatorias		
Consultas Médicas (IMED)	85	UF 0,25 por consulta
Consultas Médicas (Tope anual)	85	Sin Tope
Exámenes, Rayos X y Procedimientos (IMED)	85	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria	85	UF 10 por evento
Exceso Cirugía Ambulatoria	60	Sin Tope
Exam. Especiales (Scanner y Resonancias/ T*E)	85	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios *	70	UF 25 por grupo fam.
Medicamentos Genéricos	100	Sin Tope
Yeso (cubre bota plástica)	80	Sin Tope
Salud Mental (anual)		
Psiquiatría Hospitalización	85-60	UF 10-exceso UF 20
Psiquiatría- Psicología-Psicopedagogía	80	UF 40 por grupo fam.
Otros Gastos Ambulatorios		
Fonoaudiología	50	UF 20 anual por pers.
Kinesiología - Terapeuta Ocupacional	50	UF 20 anual por G. Fam
Prótesis y Ortesis Simples (plantillas)	100	UF 32 anual por G. Fam
Prótesis y Ortesis Complejas	80	UF 100 anual por G. Fam.
Aparatos Auditivos	60	UF 8 (1aparato p/pers)
Gastos Ópticos (Cristales/Marcos/Contacto)	85	1 aparato año
Cirugía ocular Láser **		Ambulatorio o Hospitalario según corresponda
Tope Máximo Anual por Beneficiario		UF 250

*Tarjeta ABF UF 25 por Grupo Familiar

**Cirugía ocular láser, con carencia de 12 meses, independiente que sea preexistente o no, si cubrió la Isapre/fonasa no existirá cuestionamiento al número de dioptrías, sino debe tener un mínimo de 3 dioptrías.

***Tratamiento de obesidad (ambulatorio y hospitalario), solo con IMC mayor a 35 y más de 24 meses en las pólizas.

Cobertura Dental

Coberturas	Bonificación (%)	Tope (UF)
Dental		
Periodoncia	60	UF 40 por Grupo Familiar
Endodoncia		
Operativa Bucal		
Odontopediatría		
Radiografía		
Laboratorio Dental		
Prótesis		
Ortodoncia		

*Máximo por Prestación 130% UCO

*Sin carencia para Prótesis y Ortodoncia

Seguro Catastrófico

Coberturas	Bonificación (%)	Tope (UF)
Hospitalarias		
Día Cama hasta día 30	100	Sin Tope
Día Cama desde día 31	100	Sin Tope
Hon. Méd. Quirúrgicos y Servicios Hospitalarios	100	Sin Tope
Exceso Hon. Méd. Quirúrgicos y Ser. Hospitalarios	100	Sin Tope
Ambulatorias		
Consultas Médicas	100	Sin Tope
Exámenes, Rayos X y Procedimientos	100	Sin Tope
Cirugía Ambulatoria	100	Sin Tope
Medicamentos No Oncológicos	100	Sin Tope
Medicamentos Oncológicos	100	Sin Tope
Kinesiología	100	Sin Tope
Prótesis y Ortesis (complejas)	100	Sin Tope
Salud Mental	100	UF 50 anual
Tope Máximo Anual por Beneficiario		UF 1.500
		UF 25 o UF 50**
Activación cuando el copago del asegurado complete	**Activación cuando el Copago es UF 25 por el asegurado titular y UF 50 en el caso de las cargas, con un máximo de UF 100 por familia al año (independiente del N° de diagnósticos e integrantes)	

*No cubre gastos de complicaciones del embarazo y parto

Seguro de Vida

Cobertura	Capital Asegurado
Fallecimiento	24 Rentas
Muerte Accidental	24 Rentas
Invalidez Accidental	24 Rentas
ITP 2/3 por accidente y/o enfermedad	24 Rentas

Protección Familiar

Cobertura	Capital Asegurado
Fallecimiento Cónyuge	UF 150
Fallecimiento Hijos	UF 75

Importante:

Tener actualizada la designación de beneficiarios a través del formulario de enrolamiento:

- Con este documento usted asigna a quien se le pagará su seguro en caso de fallecimiento.
- Se recomienda que los beneficiarios sean mayores de 18 años, sino será pagado a quien acredite la tutoría del menor.
- Puede cambiarlos cada vez que sea necesario, firmando un nuevo formulario.

Convenio Hospitalario de Pago (Ventanilla única)



EuroAmerica en conjunto con las Clínicas; Dávila, Alemana y Las Condes ha generado un Convenio de pago para los gastos incurridos por concepto de Hospitalizaciones Médicas.



Las Clínicas tramitarán las cuentas con el Sistema de Salud Previsional (Isapre o Fonasa) del paciente y entregará toda la documentación para que EuroAmerica calcule la bonificación correspondiente según topes y deducibles establecidos por la póliza. Finalmente la Clínica cobrará al paciente las diferencias no cubiertas (copago).



Red de Sucursales EuroAmerica Norte y Centro

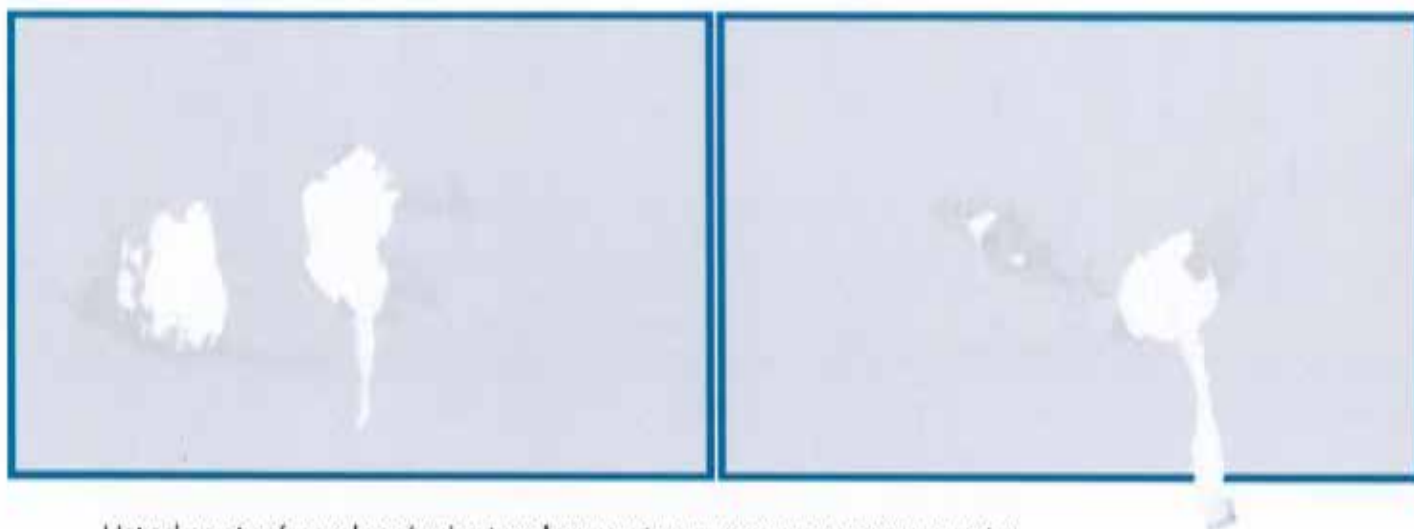
Región	Ciudad	Dirección	Teléfono
XV	Arica	Av. 21 de Mayo 643, Piso 2, Of. 02	(58) 235 8250
I	Iquique	Tarapacá 465	(57) 368 100
II	Antofagasta	San Martín 2475, Antofagasta	(55) 718 150
III	Copiapó	Los Carrera 831, Of. 305, Edificio Gran Desierto	(52) 358 270
IV	La Serena	Av. Estadio 1495	(51) 478 700
V	Viña del Mar	Libertad 988	(32) 314 8400

Atención exclusiva de EuroAmerica para Anglo American

Si requiere asistencia o información adicional, comuníquese con nosotros llamando al 02 2230 6722 o al 02 2230 6215 o bien al mail angloamerican@euroamerica.cl y su solicitud será atendida.

Bonificación en Línea de Medicamentos Farmacias Ahumada

Para obtener los beneficios en Farmacias, usted debe presentar esta credencial junto a su cédula de identidad (obligatoria) y la receta médica a su nombre o a nombre de alguno de los asegurados de la póliza.



Usted contará con los siguientes descuentos para compras con receta:

Categoría	Descuento
Medicamentos Genéricos	30%
Medicamentos Marca Propia	15%
Medicamentos de Marca de Laboratorio Nacional	10%
Medicamentos de Marca de Laboratorio Internacional	8%

Adicionalmente, para compras sin receta las cuales no tienen Cobertura en el Seguro de Salud, se aplicarán los siguientes descuentos:

Categoría	Descuento
Productos de Marcas Propias y Exclusivas	15%
Productos de Marca GNC	15%
Productos de Consumo Masivo - No Medicamentos	5%