

## AURA Resumen de Coberturas Seguro MetLife

### SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

Gastos Ambulatorios	Reembolso Bono (%)	Reembolso Libre El. (%)	Tope por Prestación	Tope Anual (UF)
Consulta Médica General	80%	70%	UF 1,0	Sin Tope
Consulta Médica Domiciliaria	80%	70%	UF 1,0	Sin Tope
Exámenes De Laboratorio	80%	70%	-	Sin Tope
Exámenes Radiológicos	80%	70%	-	Sin Tope
Procedimientos de Diagnóstico	80%	70%	-	Sin Tope
Procedimientos de Quirúrgicos	80%	70%	-	Sin Tope
Fonoaudiología, Kinesiología, Med. Física.	80%	70%	-	Sin Tope
Medicamentos Genéricos (***)	100%	100%	-	Sin Tope
Medicamentos Marca Nacional (***)	50%	60%	-	Sin Tope
Medicamentos Marca Internacional (***)	50%	60%	-	Sin Tope
Gastos Hospitalarios	Reembolso (%)	Reembolso Libre El. (%)	Tope por Prestación	Tope Anual (UF)
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	-	UF 4,0	(hasta el día 30)
Exceso Día Cama Medicina o Cirugía	80%	-	Desde el día 31	Sin Tope
Día Cama Sala Cuna	90%	-	-	Sin Tope
Día Incubadora	90%	-	-	Sin Tope
Día Cama Recuperación	90%	-	-	Sin Tope
Día Cama Uti/Uci, Coronaria, Intermedia	90%	-	-	Sin Tope
Medicamentos Hospitalarios	90%	-	-	Sin Tope
Materiales Clínicos	90%	-	-	Sin Tope
Exámenes Y Procedimientos	90%	-	-	Sin Tope
Derecho a Pabellón	90%	-	-	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos	90%	-	-	Sin Tope
Cirugía Máxilo Facial por Accidente	80%	80%	-	Sin Tope
Cirugía Máxilo Facial por enfermedad	80%	80%	-	UF 10
Cirugía Ambulatoria (Incluir HMQ y Serv Hosp.)	80%	60%	-	Sin Tope
Home Care	100%	100%	UF 4,0 Diario	Sin Tope
Transplante Donante Post Mortem	80%	80%	-	UF 20
Transplante Donante Vivo	80%	80%	-	UF 10
Maternidad	Reembolso (%)	Tope Por Evento (UF)	Tope Anual (UF)	
Parto Normal	100%	UF 20	Sin Tope	
Cesárea	100%	UF 30	Sin Tope	
Aborto No Provocado	100%	UF 20	Sin Tope	
Complicaciones del Embarazo	90%	UF 20	Sin Tope	
Parto Múltiple Normal (Máx. 3 hijos Vivos)	100%	UF 20	Sin Tope	
Parto Múltiple Cesárea (Máx. 3 hijos Vivos)	100%	UF 30	Sin Tope	
Tratamientos de infertilidad/fertilidad	80%	-	UF 10	
Aborto espontáneo	100%	UF 10	Sin Tope	
Salud Mental	Reembolso (%)	Tope Por Prestación	Tope Anual (UF)	
Consulta o Sesiones Psiquiátricas, Psicológicas y Psicopedagógicas.	80%	UF 0,5	UF 20	
Gasto Hospitalario	80%	-		
Otros Gastos	Reembolso (%)	Tope Por Prestación	Tope Anual (UF)	
Ambulancia	80%	-	UF 5	
Servicio Privado de Enfermería	70%	-	Sin Tope	
Cirugía Láser (= ó > a 5 Dioptrías)	80%	-	UF 10	
Cristales, Marcos y Lentes de Contacto	80%	-	UF 3	
Prótesis y Órtesis	80%	-	UF 50	
Aparatos Auditivos	80%	-	UF 3	
Material de Yeso Bono	70%	-	Sin Tope	
Material de Yeso Libre Elección	70%	-	Sin Tope	

#### Cobertura en el Extranjero Idem Plan

(\*\*\*) Incluye Medicamentos en Farmacia Cruz Verde con bonificación en línea, sin costo adicional. Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a Farmacias Cruz Verde, los comprobantes deberán ser enviados a la Compañía, para su evaluación y posterior reembolso si así corresponde. En ambos casos se aplicará el deducible estipulado en el condicionado particular.

**AURA**  
**Resumen de Coberturas Seguro MetLife**

**SEGURO DE SALUD AMPLIADO**

<b>Gastos Ambulatorios</b>	<b>Reembolso (%)</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual (UF)</b>
Consulta Médica General	100%	-	Sin Tope (*)
Exámenes De Laboratorio	100%	-	Sin Tope (*)
Exámenes Radiológicos	100%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos De Diagnóstico	100%	-	Sin Tope (*)
Procedimientos Quirúrgicos	100%	-	Sin Tope (*)
Ambulancia	100%	-	UF 5
Medicamentos	50%	-	Sin Tope (*)
<b>Gastos Hospitalarios</b>	<b>Reembolso (%)</b>	<b>Tope por Prestación</b>	<b>Tope Anual (UF)</b>
Día Cama Medicina o Cirugía	100%	-	Sin Tope (*)
Día Cama Sala Cuna	100%	-	Sin Tope (*)
Día Incubadora			Sin Tope (*)
Día Cama Uti/Uci, Coronaria, Intermedia			Sin Tope (*)
Día Cama Recuperación			Sin Tope (*)
Cirugía Dental por Accidente			Sin Tope (*)
Servicios Hospitalarios			Sin Tope (*)
Servicio Privado de Enfermera			Sin Tope (*)
Honorarios Médicos Quirúrgico			Sin Tope (*)
<b>Otros Gastos</b>			<b>Reembolso (%)</b>
Gastos en el Extranjero	50%	-	Sin Tope (*)
Sin cobertura ISAPRE o Fonasa	50%	-	Sin Tope (*)

**SEGURO DENTAL**

<b>Prestaciones</b>	<b>Reembolso</b>	<b>Tope Anual Individual</b>
Consulta Dental, Cirugía, Implantes, Prótesis Fijas y Removibles, Endodoncia, Exámenes y Procedimientos, Insumos y Medicamentos, Otros Gastos Dentales. Profilaxis, Cuidado Dental Rutinario Cobertura de Especialidad Ortodoncia	<b>60%</b>	<b>UF 20</b>