

# Seguros de salud, dental, catastrófico y de vida

JUNIO 2025



[WWW.SOMOSBEWELL.CL](http://WWW.SOMOSBEWELL.CL)



Nos unimos para entregarle a  
tus colaboradores **los  
mejores beneficios**

# Seguros de salud (50%)

| PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD  | PLAN 50%    |                                      |
|---|-------------|--------------------------------------|
| GASTOS AMBULATORIOS   | % Reembolso | Tope                                 |
| Consultas Médicas   | 50          | UF 0.5 por consulta                  |
| Exámenes de laboratorio.  | 50          | Sin Tope (**)                        |
| Medicamentos Genéricos  | 100         | Sin Tope (**)                        |
| Medicamentos Marca  | 40          | UF 7 Anual                           |
| Consulta y Tratamientos de Nutricionista  | 50          | UF 0.5 por consulta<br>- UF 10 Anual |
| radiología, imagenología  | 50          | Sin Tope (**)                        |
| Procedimientos y Otros Gastos Ambulatorios.<br>Se cubren radiografías, y procedimientos de diagnóstico. |             |                                      |
| Exámenes Preventivos: Mamografía  | 100         | UF 2,00 Anual                        |
| Exámenes Preventivos Antígeno Prostático  |             |                                      |
| Kinesioterapia  | 50          | UF 30 Anual                          |
| Fonoaudiología  | 50          |                                      |
| Cirugía Menor sin Inter. y Cirugía Ocular<br>(excluye cirugía láser)                                    | 50          | Sin Tope (**)                        |

# Seguros de salud (50%)

| PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD                                      | PLAN 50%  |                                |
|---|---|--------------------------------|
| GASTOS HOSPITALARIOS  | % Reembolso   | Tope                           |
| Día Cama. (Normal, Recuperación, UTI, UCI, Intermedia, etc.)      | 50  | UF 2,5 diarios                 |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos.                                   | 50  | Sin Tope (**)                  |
| Servicios Hospitalarios   | 50  | UF 40 Anual                    |
| Gasto Donante Vivo  | 100   | UF 30 Anual                    |
| Gasto Donante Post Mortem   | 100   | UF 20 Anual                    |
| Servicios HOME MEDICAL CLINIC.                                    | 50  | UF 3,5 diarias<br>UF 100 Anual |
| Servicios de Enfermera Universitaria en casa                      | 50  | UF 1,5 diarias<br>UF 25 Anual  |
| Arriendo o compra de Equipos Médicos Ambulatorios                 | 50  | UF 50 Anual                    |
| GASTOS DE MATERNIDAD  | % Reembolso   | Tope                           |
| Parto Normal  | 80  | UF 10 por evento               |
| Aborto No Provocado   | 80  | UF 10 por evento               |
| Cesárea   | 80  | UF 15 por evento               |
| Parto Múltiple  | 50% adicional del tope por parto normal por hijo nacido vivo. |                                |
| SALUD MENTAL  | % Reembolso   | Tope                           |
| Consultas Ambulatorias (Psicología, Psiquiatría y Psicopedagogía) | 50% - Tope UF 0,5 por sesión                                  | UF 10 Anual                    |
| Hospitalización   | 50  |                                |

# Seguros de salud (50%)

| PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD  | PLAN 50%                                |                  |
|---|---|------------------|
| ADICIONALES   | % Reembolso                             | Tope             |
| Prótesis y Órtesis (no dental). Lentes intraoculares u otras prótesis para el tratamiento de alguna enfermedad o incapacidad. | 50                                      | UF 10 anual      |
| Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas  | 50                                      | UF 50 anual      |
| Aparatos auditivos  | 50                                      | UF 7 anual       |
| Marcos, Cristales Ópticos y Lentes de Contacto  | 50                                      | UF 2 anual       |
| Cirugía ocular lasik, para la corrección de vicios de refracción (mayor o igual a 5 dioptrías)                                | 50                                      | UF 7 por ojo     |
| Traslado de Ambulancia Terrestre  | 50                                      | UF 5 por evento  |
| Ambulancia Aérea o Marítima   | 50                                      | UF 20 por evento |
| Material de Yeso  | 50                                      | UF 20 por evento |
| Deducible GES / CAEC  | 100                                     | Sin Tope (**)    |
| Cobertura en el Extranjero  | Idem Plan                               |                  |
| TOPE ANUAL POR ASEGURADO  | UF 400 Anual por Asegurado (año Póliza) |                  |
| DEDUCIBLE ANUAL POR GRUPO FAMILIAR (según tramo y acumulativo durante el año póliza)  | UF 0,50 HASTA UF 1,5                    |                  |

