



**Seguros Pyme, si están bien
tus colaboradores, **estás bien tú****



Somos parte de Bupa, grupo de salud británico con presencia en más de 190 países y con 70 años de experiencia entregando soluciones en salud

SOBRE ESTA COTIZACIÓN:

- Tiene una validez de 30 días a contar desde la fecha de entrega. Una vez transcurrido este plazo la Compañía se libera de toda responsabilidad.
- No cubre actividades o deportes riesgosos, ni vuelos aéreos no regulares.
- Esta cotización ha sido confeccionada de acuerdo a los antecedentes aportados por la empresa solicitante, cualquier variación de estos podría afectar los valores cotizados.





GRACIAS POR CONTACTARTE CON BUPA SEGUROS

Has solicitado cotización de:

Bupa Pymes 50

Con este seguro complementario, tus colaboradores acceden a una base de coberturas de salud ambulatorias y hospitalarias **de un 50% en:**



Consultas Médicas



Exámenes



Hospitalizaciones

UPGRADE Ambulatorio

 **IntegraMédica**
Parte de Bupa

80% Cobertura



Consultas Médicas



Exámenes de laboratorio e imagenología



Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Además sumaste coberturas para complementar el seguro:



Dentales

SOBRE EL SEGURO:

- Con Bupa Pymes puedes armar un plan a tu medida.
- La adhesión mínima a este seguro es de un 80%, siempre y cuando este porcentaje supere como mínimo 5 asegurables titulares, lo anterior en base al total de empleados o miembros de la empresa o institución solicitante cotizada.
- El contratante certifica que todos los empleados incluidos en el seguro, se encuentran trabajando activamente al momento de solicitar la emisión de la póliza. En caso que algún empleado se encuentre haciendo uso de licencias médicas, su incorporación al seguro será efectiva una vez que se reincorpore al trabajo.



Bupa Pymes es el seguro de salud que tú y tus colaboradores necesitan al incorporar las coberturas básicas como consultas médicas, exámenes, atención hospitalaria y de urgencia.

CONSULTA AQUÍ EL DETALLE DEL PLAN

Seguro Complementario de Salud

BENEFICIOS AMBULATORIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Consulta Médica o Especialidad	50%	UF 0,6 por consulta	Sin Tope		
Nutricionista		UF 0,5 por consulta	UF 10		
Exámenes de Laboratorio		Sin Tope	Sin Tope	Sin Tope	
Exámenes de Imagenología y/o Scanner, RX, Ecografía				UF 2	
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos				Sin Tope	
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático				UF 10	
Cirugía Ambulatoria				UF 10	
Kinesiología				UF 10	
Fonoaudiología					
BENEFICIOS EN MEDICAMENTOS AMBULATORIOS		% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL	
Medicamentos de Marca	30%	Sin Tope	UF 10		
Medicamentos Bioequivalentes de Marca	50%				
Medicamentos Bioequivalentes Genéricos	80%		Sin Tope		
Medicamentos Genéricos	100%				
BENEFICIOS HOSPITALARIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Día Cama Hasta el día 30	50%	UF 2,0 diarios	Sin Tope		
Exceso Día Cama (desde día 31)		Sin Tope			
Día Cama UTI UCI e Incubadora		UF 2,0 diarios			
Honorarios Médico Quirúrgicos		Sin Tope		Sin Tope	
Derecho a Pabellón					
Insumos y Materiales Clínicos					
Medicamentos Hospitalario					
Exámenes de Laboratorio y Radiológicos					
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos					
Cirugía Bariátrica ¹		UF 10			
Cirugía Septoplastia ¹		UF 10			
Cirugía Maxilofacial por accidente ¹		UF 10			
Cirugía Reducción Mamaria ¹		UF 10			
Cirugía Reasignación de sexo ¹		UF 10			
BENEFICIO DE MATERNIDAD		% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL	
Parto Normal		50%	UF 10	Sin Tope	
Cesárea	UF 15				
Aborto no Voluntario	UF 5				
Complicaciones del Embarazo	UF 10				
BENEFICIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Psicología / Psiquiatría, Psicopedagogía Ambulatorio	50%	UF 0,50	UF 8		
Psicología / Psiquiatría Hospitalaria		Sin Tope			
OTROS BENEFICIOS	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL		
Prótesis y Órtesis (No Dental)	50%	Sin Tope	UF 8		
Prótesis de Alta Complejidad Cardíacas			UF 30		
Aparatos Auditivos			UF 8		
Óptica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)			UF 2		
Cirugía Ocular Laser			UF 15		
Materiales de Vendas, Yeso, Plástico o Similares			UF 10		
Trasplante, Gastos Donante Vivo			UF 20		
Trasplante, Gastos Donante Post Mortem			UF 15		
Traslado Ambulancia Terrestre (máx. 50 Km)			UF 3		
Traslado Ambulancia Aérea o Marítima			UF 15		
Home Care (Ambulatorio y Hospitalario)			UF 3,50 diarios	UF 30	
Arriendo o Compra de Equipos Médicos Ambulatorios			Sin Tope	Sin Tope	UF 30
Coberturas GES/CAEC					100%

(1) Prestaciones con carencia 36 meses.

MONTO MÁXIMO ANUAL
POR ASEGURADO*

UF 350

BONIFICACIÓN MINIMA
ISAPRE/FONASA (BMI)

50%

DEDUCIBLE ANUAL
FAMILIAR
(MÁX. 3 DEDUCIBLES)

Empleado solo

UF 0,5

Empleado con una carga

UF 1,0

Empleado con dos o más cargas

UF 1,5

(*) Los topes de cada cobertura no podrán ser superiores al tope anual por asegurado detallado en esta cotización.

UPGRADE Ambulatorio



Consultas médicas generales y especialidad (ilimitadas)



Videoconsultas IntegraMédica (ilimitadas)



Exámenes de laboratorio



Imagenología



Procedimientos diagnósticos



Procedimientos terapéuticos

BENEFICIOS INTEGRAMEDICA	% REEMBOLSO	TOPE EVENTO	TOPE ANUAL
Consulta Médica o Especialidad	80%	UF 0,6 por consulta	Sin Tope
Exámenes de Laboratorio		Sin Tope	
Exámenes de Imagenología y/o Scanner, RX, Ecografía			
Procedimientos Diagnóstico y Terapéuticos			
Exámenes Preventivos: Mamografías, Antígeno Prostático			



Sin deducible



Sin BMI

Prestaciones excluidas del Upgrade Ambulatorio:

Consulta nutricionista, Kinesiología, Fonoaudiología, Salud mental, Medicamentos.

- Coberturas afectas al tope anual del plan de salud.
- No acumulable con beneficio One Bupa.
- De los gastos no bonificados por el sistema de salud previsional (Isapre/Fonasa) se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50% de éstos, además se exigirá timbre de no bonificable del sistema previsional.



También podrás sumar coberturas dentales para mejorar el acceso a salud bucal oportuna de tus colaboradores.

Seguro Dental

DENTAL BÁSICA	% REEMBOLSO
Radiología Intraoral	50%
Higienización, Limpieza y General	
Endodoncia	
Odontopediatría	
Operatoria Dental Sin Laboratorio	
Cirugía Bucal Simple	
DENTAL ESPECIALIDAD	
Radiología Oral	
Operatoria Dental Completa	
Periodoncia	
Cirugía Bucal Completa	
Prótesis Fijas (**)	
Prótesis Removibles (**)	
Implantes Dentales (**)	
Medicamentos (*)	
ORTODONCIA	
Ortodoncia (**)	

(*) Incluye antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares, que sean recetados por el cirujano-dentista exclusivamente para el tratamiento dental.

(**) Carencia 6 meses.

MONTO MÁXIMO ANUAL
POR ASEGURADO

UF 15

DEDUCIBLE ANUAL
FAMILIAR
(MÁX. 3 DEDUCIBLES)

Empleado solo	UF 0,5
Empleado con una carga	UF 1,0
Empleado con dos o más cargas	UF 1,5

- Se considerará para efectos de reembolso como monto efectivamente incurrido, el menor valor entre el valor de la prestación presentado en la boleta y el valor del Arancel Bupa.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD SALUD

- Al ingresar a la póliza, todos los asegurables deberán estar en buenas condiciones de Salud (no podrán estar hospitalizados).
- Serán asegurables todos los empleados, con contrato indefinido que no estén haciendo uso de licencias médicas y que desempeñen activamente las funciones propias de sus cargos.
- Las coberturas cotizadas se rigen por las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la CMF bajo los siguientes códigos:

COMPLEMENTARIO DE SALUD POL 320240014	ADICIONAL DENTAL CAD 320240104
---	--

- A continuación informamos las edades máximas de Ingreso y permanencia para las coberturas de Salud y Dental. A su vez, todo asegurado nuevo deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad indicados más abajo y completar el formulario de Incorporación al Seguro Complementario.

TITULAR		CÓNYUGE O CONVIVIENTE <small>Civil o no Civil con o sin hijos en común</small>		CARGAS DUPLO (**)		HIJOS DEL ASEGURADO (*) <small>Titular y/o de la Cónyuge o Conviviente, sean o no hijos del Asegurado Titular.</small>	
INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA
69 AÑOS	75 AÑOS	69 AÑOS	75 AÑOS	69 AÑOS	75 AÑOS	69 AÑOS	75 AÑOS

- A continuación informamos las edades de Ingreso y Permanencia para las coberturas de Cobertura Extensión Catastrófica. A su vez, todo asegurado nuevo deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad indicados más abajo y completar el formulario de Incorporación al Seguro Complementario.

TITULAR		CÓNYUGE O CONVIVIENTE <small>Civil o no Civil con o sin hijos en común</small>		CARGAS DUPLO (**)		HIJOS DEL ASEGURADO (*) <small>Titular y/o de la Cónyuge o Conviviente, sean o no hijos del Asegurado Titular.</small>	
INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA	INGRESO	PERMANENCIA
64 AÑOS	65 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS	23 AÑOS	24 AÑOS

(*) Encontrándose la madre cubierta por el seguro (como titular o carga) y estando vigente la póliza, los hijos podrán incorporarse desde su fecha de nacimiento. Si la madre no cumple con los requisitos indicados, sólo podrán incorporarse al seguro transcurridos 14 días desde la fecha de nacimiento, previa evaluación y aceptación de parte de la Compañía aseguradora.

(**) Cargas duplo, entendiéndose por el los hijos con discapacidad determinada por una Caja de Compensación y que sean carga legal del Asegurado titular, Cónyuge o Pareja. (Estas cargas NO tendrán cobertura en Extensión Catastrófica). Para la incorporación al Seguro de Salud, será requisito presentar un certificado extendido por una caja de compensación que acredite la condición DUPLO.

- Cumpliendo con los requisitos señalados, los asegurables deberán optar al seguro dentro de un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha que califican para ingresar a la póliza y su vigencia regirá el primero del mes siguiente a la fecha de su solicitud.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE SALUD

SOBRE EL SEGURO

- Para la contratación del seguro Bupa Pymes, se requiere no haber tenido un seguro complementario de salud para tus colaboradores en los últimos 6 meses, desde la presente cotización.
- Los grupos no asegurables son: asociaciones médicas, prestadores de salud, miembros de FF.AA., ejército, senadores o diputados, deportistas profesionales, asegurados con riesgos agravados de mina subterránea, manejo de explosivos, guardias con porte de arma, empresas de aviación, marítima, entre otros.
- Para las personas que soliciten su incorporación, la Compañía podrá limitar la cobertura, según las patologías y condiciones especiales de suscripción declaradas por el asegurable al momento de solicitar su ingreso al seguro para la cobertura catastrófica, vida y sus adicionales.
- Los asegurados que cumplan la edad máxima de permanencia en cada una de las coberturas, serán excluidos en la renovación del contrato.

- **Modificación Sistema Previsional de Salud**

En caso de modificación de la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado, y siempre que dicho cambio altere significativamente la cobertura del seguro, sea en cuanto al riesgo asumido o a los beneficios que otorga, en comparación a las condiciones existentes al momento de la celebración del contrato, la Compañía podrá facultativamente dar por terminada la póliza en forma anticipada, o proponer al contratante nuevas condiciones de cobertura y prima, las que en caso de no ser aceptadas por el contratante o no obtener respuesta de parte de éste en el plazo otorgado por la Compañía en la comunicación enviada al efecto, dará lugar a la terminación anticipada del contrato. Se entenderá que una modificación a la legislación o normativa vigente relacionada al sistema de salud previsional público o privado afecta significativamente la cobertura del seguro cuando se refiere a uno o algunos de los siguientes aspectos

a) Disminución de los planes de salud de los afiliados en un porcentaje igual o mayor al 5%.

b) Aplicación de reglas de suscripción de riesgo no previstas, inconciliables o que impongan restricciones respecto de aquellas consideradas por la Compañía al momento del otorgamiento de la póliza tales como, y sin que la siguiente enumeración sea taxativa, el levantamiento de exclusiones, cobertura de preexistencias, cambios en los requisitos de asegurabilidad, cambios en las prestaciones cubiertas.

c) Modificación del orden de prelación en la aplicación de la cobertura del sistema de salud previsional que implique la concurrencia de la cobertura de esta póliza con anterioridad o prescindencia de la cobertura del sistema de salud previsional.

d) Imposición de aranceles de prestaciones médicas que produzcan como efecto el otorgamiento de bonificaciones sobre prestaciones no contempladas en la póliza, o que supongan el pago de dichas prestaciones en un porcentaje superior a 1%; o bien, que impongan el reembolso de prestaciones en cuyo otorgamiento se empleen nuevas tecnologías no contempladas en los aranceles considerados al momento de la suscripción.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE SALUD

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

- Contributoriedad se exige un mínimo de 50% de pago de la prima por parte de la empresa contratante.

TIPO DE COBRANZA

- Cobranza Anticipada.
- Medios de pago : Medios de pago habilitados: 1) Cargo a tarjeta de Crédito (PAT). 2) Transferencia electrónica.

TABLA DE AJUSTE PARA LA RENOVACIÓN

- **Tabla de Ajuste:** revisión al mes 11 de vigencia.
- Durante el mes 11 de vigencia se revisará la siniestralidad del negocio, y de acuerdo al Loss Ratio (LR) se aplicará la variación de primas de acuerdo al siguiente cuadro.
- **1º renovación:** Se calculará al ratio (LR) de 10 meses de siniestros pagados + factor de OYNR 16% sobre las primas pagadas de salud y dental. De acuerdo al % se ubicará en la tabla el valor a ajustar. Este % se aplicará a Salud y Dental para el ajuste de primas*.
- **2ª renovación y más:** Se calculará el ratio (LR) de 12 meses de siniestros pagados sobre las primas pagadas de salud y dental. De acuerdo al % se ubicará en la tabla el valor a ajustar. Este % se aplicará a Salud y Dental para el ajuste de primas.

$$LR = (\text{siniestros pagados} + \text{en proceso} + \text{liquidados y no pagados} + \text{factor OYNR } 16\% [\text{Aplica solo a 1er año}] \div \text{Primas})$$

COBERTURA SALUD + DENTAL **

SINIESTRALIDAD año 1: 10 meses / > 2 años: 12 meses	INCREMENTO DE PRIMAS
Menor a 70%	0%
70% - 74%	4%
75% - 79%	12%
80% - 84%	19%
85% - 89%	26%
90% - 94%	33%
95% o más	Evaluación Cía.

(*) (**) Aplica en el caso de que la cobertura dental esté contratada.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE SALUD

- La Compañía Aseguradora reembolsará sólo en la proporción y hasta el monto máximo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin perjuicio del deducible estipulado.

BONIFICACIÓN MÍNIMA ISAPRE / FONASA 50%

- Si el aporte del Sistema de Salud Previsional es menor al 50%, el reembolso de la Compañía será sobre el 50% del costo directo de la prestación, monto sobre el cual se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan los medicamentos ambulatorios, deducible por prestaciones CAEC o GES y prestaciones incluidas en el beneficio "Upgrade ambulatorio".

EJEMPLO DE COPAGO MÍNIMO 50%

Aplica efecto COPAGO MÍNIMO

PRESTACIÓN	COSTO PRESTACIÓN	APORTE ISAPRE / FONASA	% DE APORTE ISAPRE / FONASA	COPAGO ASEGURADO	BASE SEGURO PARA REEMBOLSO	REEMBOLSO REAL SEGÚN PLAN (50%)	COPAGO FINAL DEL ASEGURADO
Consulta Médica	\$50.000	\$15.000	30%	\$35.000	\$25.000	\$12.500	\$22.500
Consulta Médica	\$50.000	\$30.000	60%	\$20.000	\$20.000	\$10.000	\$10.000

- **Todos los planes de salud y catastrófico consideran Bonificación Mínima de Isapre / Fonasa (BMI).**
- De los gastos no bonificados por el Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 30% de éstos, sobre los cuales se aplicarán los porcentajes, topes y deducibles del plan contratado. Se exceptúan de este punto los Medicamentos Ambulatorios, Óptica (incluidos afiliados Fonasa menores de 60 años). Para estos se exigirá timbre de No Bonificable del Sistema previsional excepto para los Medicamentos Ambulatorios.
- Este seguro opera sobre los copagos generados después de las coberturas del Sistema Previsional.
- El deducible es anual y se renueva al aniversario de la póliza colectiva, independientemente del inicio de vigencia de los beneficiarios incorporados a posterioridad.
- La Cobertura en el extranjero se considera bajo las mismas condiciones del Seguro Complementario de Salud (como complemento de Isapre o Fonasa) y sólo es válido para urgencias o emergencias médicas. Para Intervenciones y tratamientos en el extranjero se deberá solicitar evaluación y aprobación previa por escrito de la compañía aseguradora, siempre y cuando el tratamiento prescrito no sea otorgado dentro del territorio nacional, por no existir resolutivead.
- **Este seguro SI CUBRE preexistencias sólo en Complementario de Salud y Dental (si aplica carencia en Dental).**
- La cobertura de parto o maternidad es proporcional, es decir si el embarazo dura 8 meses se cuenta por octavos y si dura 9 meses, por novenos. Esta cobertura hace referencia solo a las coberturas de maternidad o parto en el detalle, lo que corresponda a exámenes previos se cubre de acuerdo al plan de salud siempre y cuando esté dentro de la vigencia.
- Prestaciones asociadas al tratamiento de la Obesidad Mórbida serán cubiertas cuando el IMC sea $> \text{ó} = 40 \text{ kg/m}^2$ (IMC Índice de Masa Corporal, que es el cociente entre el peso en kilogramos y el cuadrado de la estatura en metros).

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE SALUD

I-MED

- Queda expresamente establecido que la aplicación del seguro vía I-Med no necesariamente implica la aceptación de la cobertura del diagnóstico que origina dichos gastos, de tal modo que en cualquier momento la compañía podrá restringir, limitar o excluir dicho diagnóstico por carecer de cobertura, en conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del seguro.

CONVENIO FARMACIAS

FARMACIA (*)	CONVENIO EN LÍNEA	FRANQUICIA (**)
Salcobrand	✓	\$ 2.000 (CLP)

(*) Tratándose de compras de medicamentos efectuadas en establecimientos distintos a la farmacia informada o que el convenio no haya aplicado en línea, 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.

(**) Se incorpora franquicia de medicamentos, por boleta, de \$2.000 para la realización de compra en línea.

COBERTURA DE MATERNIDAD

- La cobertura de Maternidad es sólo para los Asegurados Titulares y Cónyuges, no aplica para las hijas.

La cobertura se entrega de forma proporcional a la vigencia del seguro de acuerdo a la siguiente fórmula

$$\text{Tope anual corregido} = \frac{\text{Tope anual base} \times (\text{fecha de inicio de vigencia} - \text{fecha de prestación})}{\text{Duración Embarazo}}$$

Ejemplo: Si la embarazada estuvo 3 meses en la póliza y su embarazo duró 9 meses, se cubre 3/9 del tope del plan en esta prestación.

ENFERMERA PROFESIONAL

- Sólo se otorgará en caso de Hospitalizaciones y debe ser prescrita por el médico tratante.

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO DE SALUD

CIRUGÍA OCULAR

- La Compañía Aseguradora cubrirá la Cirugía Ocular para la corrección de vicios de refracción bajo los siguientes criterios
 1. Asegurado mayor a 18 años de edad.
 2. Dioptrías mayor a 3 para Miopía, Hipermetropía, Astigmatismo o Anisometropías.
 3. Uso de lentes acreditados por al menos 5 años.
 5. Haber transcurrido el periodo de carencia de 6 meses desde el inicio de vigencia del seguro.
 6. Se deben cumplir todas las condiciones anteriores.

CIRUGIA BARIÁTRICA

- Los gastos que se cubren bajo esta cobertura son todos aquellos definidos en plan y serán reembolsados únicamente en los casos donde el Índice de Masa Corporal (IMC) sea mayor o igual a 40, o si el Índice de Masa Corporal es mayor o igual a 35, con la presencia de al menos una o más de las siguientes enfermedades agregadas a la obesidad: Diabetes Mellitus tipo 2; Cardiopatías Severas Secundarias a Obesidad; Apnea Obstructiva del Sueño Severa o Enfermedades Osteo-Articulares Severas candidatas a prótesis de reemplazo. Periodo de carencia 36 meses.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

- Los gastos cubiertos son los detallados en el plan de beneficio y serán pagados por la compañía únicamente cuando esta la cirugía sea a causa de un accidente y que se realicen dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente. Periodo de carencia 36 meses.

CIRUGÍA DE SEPTOPLASTÍA

- Los gastos cubiertos son los detallados en el plan de beneficio. Será requisito para proceder al reembolso la presentación de exámenes de rinomanometría y radiografía de cavidades perinasales con el cual se pueda respaldar el diagnóstico de pérdida funcional. Periodo de carencia 36 meses.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA

- Los gastos cubiertos son los detallados en el plan de beneficio y serán pagados por la compañía únicamente cuando el monto de la reducción sea igual o superior a 350 gramos por cada mama. Periodo de carencia 36 meses.

DISFORIA DE GÉNERO / CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN DE SEXO

- Los gastos cubiertos por la compañía serán los detallados en la póliza y entre los que se incluyen la atención psicológica, el proceso de preparación con terapia hormonal de sustitución, la valoración preoperatoria, la cirugía de reasignación de sexo y las cirugías estéticas feminizantes o masculinizantes posteriores según sea el caso. Las condiciones de la cobertura están descritas en el POL 320240014. Periodo de carencia 36 meses.

OBSERVACIONES SEGURO DE SALUD

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

- Los medicamentos ambulatorios cubiertos por este beneficio serán sólo aquellos que el asegurado deba consumir durante el periodo de vigencia de la póliza, de acuerdo con la dosis prescrita por el médico tratante y en ningún caso la dosis a reembolsar podrá ser superior a treinta (30) días de tratamiento a partir de la fecha de compra de los medicamentos.

i. Medicamentos ambulatorios genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos que se comercializan bajo la denominación del principio activo que incorpora, siendo igual en composición y forma farmacéutica a la marca original, pero sin marca comercial, figurando en su lugar el nombre de su principio activo;

ii. Medicamentos ambulatorios no genéricos: Se entienden incluidos en esta categoría los medicamentos no comprendidos en la categoría anterior, que se comercializan bajo un nombre comercial específico sujeto a la protección comercial que otorgan las agencias internacionales de patentes y que han sido registrados por un laboratorio farmacéutico, los que pueden corresponder a la fórmula original o a una copia.

iii. Medicamentos ambulatorios inmunosupresores o inmunomoduladores: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos que actúan sobre el sistema inmunológico disminuyendo los efectos adversos sobre la enfermedad o trasplante. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos;

iv. Medicamentos ambulatorios antineoplásicos: Se entienden en esta categoría aquellos fármacos directamente asociados al tratamiento curativo o paliativo del cáncer. Se incluyen los medicamentos específicos usados en la quimioterapia y radioterapia, además de las drogas citotóxicas. Estos medicamentos pueden ser genéricos o no genéricos.