

PREGUNTAS FRECUENTES SEGURO COMPLEMENTARIO METLIFE

- 1. ¿Cuáles son los requisitos para ingresar a los seguros de vida, salud, catastrófico y/o dental?**
Debes revisar los requisitos estipulados en el convenio colectivo al cual estás adherido. Más información consultar Intranet de Consalud, sección Mi Página -> Beneficios -> Salud.
- 2. Si cumplo los requisitos, ¿cómo me inscribo en los seguros de vida, salud, catastrófico y/o dental?**
Debes completar el **Formulario de Incorporación** de Metlife – que hay en todas las sucursales o que puedes descargar desde el sitio web de Metlife-, y el **Formulario Selección de Planes** – que puedes descargar en la Intranet de Consalud, sección Mi Página -> Beneficios -> Salud -> Seguro Complementario de Salud Metlife -> “*Descarga esta carta para indicar el seguro que desea contratar y entregarlo junto al Formulario de Inscripción*”, los cuales deben ser enviados a Casa Matriz de Consalud en formato original y firmado en todas las secciones por el colaborador.
- 3. ¿Qué cubre el Seguro Complementario de Salud y Catastrófico?**
El Seguro Complementarios de Salud y Catastrófico cubre prestaciones hospitalarias, ambulatorias, farmacia, óptica, entre otras, para el titular y sus cargas. Más información, consultar en Intranet sección Mi Página -> Beneficios -> Salud.
- 4. ¿El Seguro Complementario de Salud cubre enfermedades preexistentes?**
Sí. El Seguro Complementario de Salud cubre enfermedades preexistentes del titular y sus cargas, incluyendo nuevos colaboradores. Esto es un beneficio especial para los colaboradores de Consalud.
- 5. ¿Cuánto me cuesta el Seguro Complementario de Salud y Catastrófico?**
El colaborador aporta un monto mensual solidario, acorde a su remuneración y cantidad de cargas. El valor es en UF, la cual se calcula en pesos mensualmente.
A continuación se detalla la tabla de aporte colaborador en cuestión:

Aporte Colaborador Mensual (UF)	Renta menor de \$550.000	Renta menor de \$850.000	Renta mayor de \$850.000
Titular 0 cargas	0,1128	0,2170	0,2898
Titular 1 carga	0,2031	0,3905	0,5216
Titular 2 ó más cargas	0,2934	0,5642	0,7535

- 6. ¿Qué debo hacer para obtener el reembolso de mis gastos médicos?**
Debes completar un Formulario de Solicitud de Reembolso Gastos Médicos – que puedes descargar desde el sitio www.metlife.cl -, adjuntar los documentos de pago originales (bonos / reembolsos, boletas y/o facturas), y enviar a Casa Matriz, al Departamento de Beneficios, si es que tu sucursal no tiene un ejecutivo de Metlife asignado. Aquellos gastos que tienen cobertura por tu sistema previsional de salud (Isapre o Fonasa), deben ser reembolsados por esta institución primero y luego enviarlos al Seguro de Salud.
- 7. ¿Es necesario que mi médico tratante firme el Formulario de Solicitud de Reembolso Gastos Médicos?**
No es necesario que el médico tratante firme el formulario de la solicitud de reembolso gastos médicos. Esto es un beneficio especial para los colaboradores de Consalud.
- 8. ¿Cuál es el deducible del Seguro Complementario de Salud y cómo opera?**
El deducible del Seguro Complementario de Salud es anual por familia, siendo los siguientes:
Titular 0 cargas UF 0,40

Titular 1 carga UF 0,80

Titular 2 ó más cargas UF 1,20

El deducible se aplica a las primeras prestaciones médicas que se presenten a reembolso al Seguro de Salud hasta completar el monto anual por familia respectivo.

9. ¿El Seguro Complementario de Salud tiene carencia?

No. El Seguro Complementario de Salud no tiene una carencia.

10. ¿Qué es el BMI y cómo opera?

El BMI - Bonificación Mínima Isapre/Fonasa-, es una condición que establece el Seguro Complementario de Salud para determinar su reembolso médico.

- Si BMI es igual o mayor a un 50% del valor de la prestación, el Seguro de Salud aplica el plan de coberturas sobre el monto reclamado directamente.
- Si BMI es menor a un 50% del valor de la prestación, el Seguro de Salud aplica el plan de coberturas sobre un monto reclamado equivalente al 50% del valor de la prestación.

Ejemplo de BMI 50%:

Consulta Médica	Caso 1	Caso 2
Valor prestación	\$ 30.000	\$ 30.000
Bonificación Isapre	\$ 18.000	\$ 12.000
% Bonificación Isapre	60,0%	40,0%
	Sobre 50%	Menor a 50%
Copago tras Isapre	\$ 12.000	\$ 18.000
Monto reclamado al seguro (BMI 50%)	\$ 12.000	\$ 15.000
Reembolso Seguro	\$ 8.400	\$ 10.500
% Reembolso Seguro	70%	70%
Copago final del asegurado	\$ 3.600	\$ 7.500

Valor UF referencial: \$26.000

11. ¿Qué cubre el Seguro Dental?

El Seguro Dental cubre atenciones dentales, ortodoncia, prótesis e implantes dentales para el titular y sus cargas. Más información, consultar la Intranet de Consalud, sección Mi Página -> Beneficios -> Salud.

12. ¿Existen alternativas de planes dentales y cuánto me cuesta?

El Seguro Dental considera 3 alternativas de planes para elección del colaborador de Consalud. Una vez contratado, debe permanecer asegurado hasta el término de la vigencia anual (31/julio/2017) y aplica para el mismo grupo familiar vigente en el Seguro Complementario de Salud y Catastrófico.

Los planes de cobertura dental disponibles son:

Planes Dentales	PLAN BASE	PLAN MEJORADO 1	PLAN MEJORADO 2
Cobertura	UF15 tope anual por persona, hasta UF20 anual por familia.	UF15 tope anual por persona.	UF20 tope anual por persona.

Costo Colaborador Mensual (UF)	PLAN BASE	PLAN MEJORADO 1	PLAN MEJORADO 2
Titular 0 cargas	0,1665	0,2330	0,2613
Titular 1 carga	0,2473	0,3462	0,3881
Titular 2 ó más cargas	0,3150	0,4410	0,4946

13. ¿Cuál es el deducible del Seguro Dental y cómo opera?

El deducible del Seguro Dental es anual por familia, siendo los siguientes:

Titular 0 cargas UF 0,50

Titular 1 carga	UF 1,00
Titular 2 cargas	UF 1,50
Titular 3 ó más cargas	UF 2,00

El deducible se aplica a las primeras prestaciones dentales que se presenten a reembolso al seguro dental hasta completar el monto anual por familia respectivo.

14. ¿El Seguro Dental tiene carencia?

Sí. El seguro dental tiene una carencia de 6 meses, contados desde la fecha de vigencia inicial de cada asegurado (titular o carga), para prestaciones de ortodoncia, prótesis (fijas y/o removibles) e implantes.

15. ¿Qué debo hacer para obtener el reembolso de mis gastos dentales?

Debes completar un Formulario de Solicitud de Reembolso Dental – que puedes descargar desde el sitio www.metlife.cl -, adjuntar los documentos de pago originales (presupuesto dental, boletas y radiografías), y enviar a Casa Matriz, Departamento de Beneficios, si es que tu sucursal no tiene un ejecutivo de Metlife asignado.

16. ¿Es necesario que mi dentista firme el Formulario de Solicitud de Reembolso Dental?

Sí. Para prestaciones dentales es requisito que el dentista o centro dental complete y firme el formulario de solicitud de reembolso dental.

17. ¿Existe algún plazo para reembolsar mis gastos médicos y/o dentales?

Sí. El plazo para presentar los documentos en Consalud es de 60 días corridos, contados desde la fecha de atención médica y/o dental.

En el caso de atenciones dentales, es importante que envíe su solicitud de reembolso una vez haya pagado su tratamiento dental, ya sea total o parcial.

Si es total pero aún se encuentra con el tratamiento en curso, el Seguro Dental le reembolsará sólo las atenciones dentales efectuadas a la fecha de su solicitud de reembolso. Para las siguientes atenciones, deberá enviar Certificado de Alta tras cada nueva sesión dental hasta completar su tratamiento.

18. ¿Cómo funciona el Seguro Catastrófico?

El Seguro Catastrófico tiene un deducible de UF 200 por evento, por lo cual cuando enfrentes un gasto médico mayor a tal monto (\$5.120.000 aproximadamente), debes solicitar primero el reembolso a través de este seguro.

Una vez recibido el reembolso médico del Seguro Catastrófico, puedes solicitar al Seguro Complementario de Salud el reembolso de los copagos restantes.

Ejemplo Uso Seguro Catastrífico:

Evento sobre UF 200	Opción 1 1º Catastrífico 2º Salud	Opción 2 1º Salud 2º Catastrífico
Valor prestación	\$ 20.000.000	\$ 20.000.000
Bonificación Isapre	\$ 7.000.000	\$ 7.000.000
% Bonificación Isapre	35,0%	35,0%
Copago tras Isapre	\$ 13.000.000 UF 500	\$ 13.000.000 UF 500
Primer Reembolso	Seg.Catastrífico	Seg.Salud
Monto reclamado al seguro	\$ 13.000.000	\$ 13.000.000
Deducible por evento	\$ 5.200.000	-
Reembolso del seguro	\$ 7.800.000	\$ 10.530.000
Copago del asegurado (\$)	\$ 5.200.000	\$ 2.470.000
Copago del asegurado (UF)	UF 200	UF 95
Segundo Reembolso	Seg.Salud	Seg.Catastrífico
Monto reclamado al seguro	\$ 5.200.000	\$ 2.470.000
Deducible por evento	-	Menor a UF 200
Reembolso del seguro	\$ 4.290.000	\$ 0
Copago final del asegurado	\$ 910.000	\$ 2.470.000
% Copago final del asegurado	4,6%	12,4%

Valor UF referencial: \$26.000

19. ¿El Seguro Catastrífico cubre enfermedades preexistentes?

No. El Seguro Catastrífico no cubre enfermedades preexistentes.

20. ¿Qué cubre el Seguro de Vida?

El Seguro de Vida otorga una indemnización monetaria a los beneficiarios y/o asegurado titular en caso de muerte natural, muerte accidental o invalidez total y permanente 2/3. Más información, consultar en Intranet de Consalud, sección Mi Página -> Beneficios -> Salud.

21. ¿Cuál es el capital asegurado en el Seguro de Vida?

El capital asegurado en Vida corresponde a 24 sueldos, siendo el sueldo vigente al 01/agosto de cada año (sin modificaciones durante la vigencia anual).

Se considera dentro del sueldo: sueldo base + gratificación legal + asignaciones colación y movilización + sueldo variable promedio últimos 6 meses.

22. ¿El Seguro de Vida cubre enfermedades preexistentes?

Si el siniestro en vida, ya sea muerte natural o invalidez total y permanente 2/3, se produce a consecuencia de una enfermedad preexistente, el Seguro de Vida no otorga cobertura.

23. ¿Qué es una enfermedad preexistente?

Una enfermedad preexistente es aquella que se conoce o se encuentra diagnosticada en una fecha previa a la fecha de vigencia inicial del asegurado en el (los) seguro(s).