

VIVO + 8600 221

1V+8600221

Fun N°: _____

Tipo de Plan: **INDIVIDUAL**

| PRESTACIONES | % de bonificación | Tope de bonificación | Tope máximo año contrato por beneficiario (2.a) | |
|---|--|---|---|---------|
| HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA | | | | |
| Día Cama Especialidades | 100 % Sin Tope Libre Elección | 80% Sin Tope Clínica Alemana de Santiago Clínica Las Condes | Sin Tope | |
| Día Cama Cuidados Intensivos o coronarios | | | | |
| Día Cama Cuidados intermedios | | | | |
| Derecho de Pabellón | | | | |
| Exámenes de laboratorio | | | | |
| Exámenes de Histopatología | | | | |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) | | | | |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) | | | | |
| Kinesiología y fisioterapia | | | | |
| Procedimientos (1.c) | | | | |
| Materiales e insumos clínicos (1.k)(2.i) | | | | |
| Medicamentos (1.k)(2.i) | | | | |
| Honorarios médicos quirúrgicos | | | | |
| Visita por médico tratante | | | | |
| Visita por médico interconsultor (1.d) | | | | |
| Quimioterapia (2.g)(2.i) | | | | |
| Drogas Biológicas (2.h) | | | | |
| Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis | | | | |
| Radioterapia | | | | 100% |
| Traslados Médicos (1.f) | 5.2 VA | | | |
| Fonoaudiología | 2.5 UF | | | |
| Injertos Hematopoyéticos | 2.5 UF | | | |
| Prestaciones Fertilización PAD (1.g): | 130.0 UF | 390.0 UF | | |
| Tratamiento Fertilización asistida alta complejidad | 130.0 UF | | | |
| | 70.8 UF | Sin Tope | | |
| | 4.8 VA | | | |
| | 7.4 VA | | | |
| | 4.8 VA | 17.3 UF | | |
| | 1.0 VA | Sin Tope | | |
| | 1.0 VA | | | |
| AMBULATORIAS | | | | |
| Consulta médica (1.a) | 90% | 2.5 UF | Sin Tope | |
| Consulta de Urgencia y Oftalmológica (1.a) | | 2.5 UF | | |
| Exámenes de laboratorio | | 3.4 VA | | |
| Exámenes de Histopatología | | 3.4 VA | | |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) | | 3.4 VA | | |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) | | 2.2 VA | | |
| Kinesiología y fisioterapia | | 6.3 VA | | |
| Procedimientos (1.c) | | 5.0 VA | | |
| Honorarios médicos quirúrgicos (1.b) | | 4.1 VA | | |
| Pabellón ambulatorio (1.b) | | Sin Tope | | |
| Fonoaudiología | | 4.8 VA | | |
| Consulta Psiquiatría | | 7.0 VA | | |
| Psiquiatría Ambulatoria | | 7.0 VA | | |
| Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria | | 7.0 VA | | |
| Radioterapia | | 5.0 VA | | |
| Quimioterapia (2.g)(2.i) | | 130.0 UF | | |
| Prótesis y órtesis | | 10.8 VA | | |
| Atención integral de enfermería (2.f) | | 5.0 VA | | |
| Atención integral de nutricionista | | 5.0 VA | | |
| Consulta de nutricionista (1.n) | | 5.0 VA | | |
| Injertos Hematopoyéticos | | 1.0 VA | | |
| Prestaciones Dentales (PAD) (1.l) | | 1.0 VA | | |
| Prestaciones Fertilización PAD (1.g): | | | | |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre | | 1.0 VA | | |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer | | 1.0 VA | | |
| Tratamiento Fertilización asistida alta complejidad | | 1.0 VA | | |
| PRESTACIONES RESTRINGIDAS | | | | |
| Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas | | 90% | 7.0 VA | 45.0 UF |
| Medicamentos en hospitalización Psiquiátrica (1.e) | | 25% | Sin Tope | |
| Día Cama Psiquiatría | | | | |
| Día Cama Clínica de Recuperación | | | | |
| Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik) (2.d) | 25% de la cobertura general del plan | | | |
| OTRAS COBERTURAS | | | | |
| Óptica (1.i) | 90% | 4.2 UF | 4.2 UF | |
| Traslados médicos (1.f) | | 7.2 VA | Sin Tope | |
| Medicamentos ambulatorios (1.h)(2.i) | | 1.0 UF | | |
| Box ambulatorio (1.b) (2.e) | | Sin Tope | | |
| Cobertura internacional (1.j) | La cobertura internacional se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la libre elección y está afecta a un tope anual por beneficiario de UF 1.000 | | | |
| Ver Notas explicativas del plan de salud para la aplicación de la cobertura libre elección. | | | | |

VIVO + 8600 221
1V+8600221



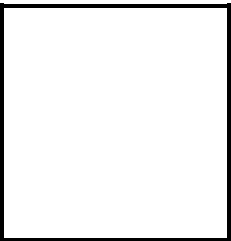
PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base _____
Precio Total según composición del grupo familiar _____

TABLA DE FACTORES

| Edad (Años) | Contratante | Cargas |
|------------------|-------------|--------|
| 0 a menos de 20 | 0.6 | 0.6 |
| 20 a menos de 25 | 0.9 | 0.7 |
| 25 a menos de 35 | 1.0 | 0.7 |
| 35 a menos de 45 | 1.3 | 0.9 |
| 45 a menos de 55 | 1.4 | 1.0 |
| 55 a menos de 65 | 2.0 | 1.4 |
| 65 y más | 2.4 | 2.2 |

Identificación única del arancel Isapre CruzBlanca – 31 Modalidad Arancel \$
Tope General por Beneficiario en UF 6500



HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN NOTAS EXPLICATIVAS

1) Coberturas

- 1.a) Cobertura en servicios de urgencia, sólo para consulta e interconsulta de urgencia en horario hábil o inhábil, (se excluye todo otro servicio asociado a la consulta, tales como exámenes de laboratorio, imagenología, procedimientos, etc.).
- 1.b) En intervenciones quirúrgicas asociadas a un pabellón 5 ó superior, o uso de anestesia general, estos ítems: Box Ambulatorio, Pabellón y Honorarios Médicos, tendrán la cobertura equivalente a la atención hospitalizada.
- 1.c) La línea de cobertura "procedimientos" (diagnósticos y/o terapéuticos) es aplicable exclusivamente para la bonificación de los honorarios del profesional o la institución que realiza la atención.
- 1.d) Se bonificará visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.
- 1.e) El tope de medicamentos en hospitalización Psiquiátrica es por evento.
- 1.f) La cobertura de traslados médicos se otorga sólo con indicación médica justificada.
- 1.g) Estas prestaciones incluyen las coberturas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para la realización del tratamiento señalado. Incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial desde la pareja.
- 1.h) La cobertura de Medicamentos Ambulatorios corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología.
- 1.i) Para obtener la cobertura de Lentes Ópticos (Cristales y/o Lentes de contacto), se exigirá receta con la indicación médica respectiva, a cada beneficiario que solicite bonificación. Lo anterior con la sola excepción del reembolso de lentes de presbicia.
- 1.j) Para obtener la cobertura, el beneficiario deberá ceñirse a lo señalado en la letra b) del artículo 11° de las Condiciones generales del contrato de salud Previsional. En caso de documentos y/o comprobantes de pago que se presenten en idiomas extranjeros distintos del inglés, deberán entregarse traducidos para proceder a su liquidación.
- 1.k) El tope definido para la cobertura de medicamentos e Insumos Hospitalizados es por evento hospitalario.
- 1.l) Podrán acceder a las prestaciones PAD Dentales los beneficiarios, niños y jóvenes entre 12 y 17 años 11 meses y 29 días que presenten caries en una o más piezas dentales y los diagnosticados con Cáncer sin límite de edad, en prestaciones odontológicas y de especialidad de Periodoncia de diagnóstico, preventivas y curativas.
- 1.m) Prestador Nuevo corresponde a todo prestador institucional, incluyendo a los profesionales de su staff, que obtengan las autorizaciones sanitarias pertinentes y entren en funcionamiento, en una fecha posterior a la de inicio de comercialización de este plan complementario de salud con fecha 18/02/2021. Las prestaciones otorgadas por dichos prestadores es la que se indica para éstos en el plan, y que, en todo caso, siempre corresponderá a la menor cobertura prevista en modalidad libre elección tanto para prestaciones hospitalarias como ambulatorias.
- 1.n) Podrán acceder a la prestación de consulta de nutricionista todo beneficiario que presente sobrepeso u obesidad según criterios de IMC, tendrá derecho a la cobertura de la consulta de nutricionista. La primera consulta, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

2) Definiciones

VA = Veces Arancel, UF = Unidad de Fomento.

- 2.a) El tope general anual por beneficiario, como los montos máximos usuario año son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones por libre elección. El valor indicado rige para cada beneficiario por año vigencia de beneficios. La bonificación corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. Cuando la suma de la bonificación en un año sea igual al tope, la bonificación corresponderá al mayor valor entre el 25% de la cobertura estipulada en el plan de salud y la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a todas las prestaciones contempladas en el Arancel de este plan, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.
- 2.b) Se entiende por evento hospitalario a aquel que engloba todos los gastos en que incurre un beneficiario mientras permanece internado en un centro asistencial (público o privado), o bajo el régimen de hospitalización domiciliaria, en forma ininterrumpida, pudiendo incluso recibir las atenciones en uno o más establecimientos hasta que es dado de alta por un profesional médico. La fecha de alta o término de la hospitalización marca el término del evento.
- 2.c) Las garantías Explicitas en Salud (GES) y cobertura adicional para enfermedades catastróficas CAEC se otorgará solamente en prestadores ubicados en el territorio nacional que formen parte de la red que determine la Isapre.
- 2.d) Se entiende por Cirugía Bariátrica o de Obesidad al By pass gástrico y/o Manga gástrica. Se entiende por cirugía Metabólica al By pass Gástrico, sea efectuado en pacientes obesos o no. La exclusión de Cobertura Preferente de la Cirugía Bariátrica, Metabólica y Cirugía lasik, corresponde al evento hospitalario completo.
- 2.e) Box ambulatorio corresponde a cama, sillón, camilla u otro utilizado en un establecimiento asistencial, con fines diagnósticos o terapéuticos, que se utilice por menos de 4 horas.
- 2.f) La cobertura definida para la atención integral de enfermería, sólo aplica para: Atenciones integrales de enfermería en centro adulto mayor (3 sesiones de 45')(solo para mayores de 55 años); Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45')(solo para mayores de 55 años); Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes postrados, terminales post operados; Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados y Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes que requieren instalación y/o retiro de catéter o sonda.
- 2.g) Se entiende por quimioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.
- 2.h) Se entiende por drogas biológicas los productos de fabricación o síntesis biotecnológicas utilizados para el tratamiento de patologías no oncológicas.

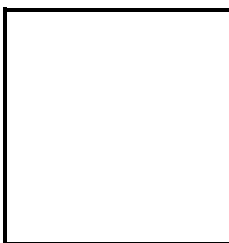
- 2.i) Todos los medicamentos, materiales e insumos clínicos, incluidos medicamentos para quimioterapia, se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) y tengan fines curativos. Por lo anterior, se excluyen de cobertura los medicamentos que tengan fines de investigación y/o experimentación.

3) Valor de Conversión de la unidad de fomento a utilizar

- 3.a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresados en unidades de fomento (UF), el valor de la conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
- 3.b) Para el pago de la cotización: Si el precio está expresado en unidades de fomento (UF), el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior en que se devenga la remuneración.

4) Reajuste del arancel de prestaciones

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en los aranceles expresados en pesos será reajustado el 1º de Marzo de cada año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes de febrero del año anterior y enero del año en curso.



HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha