

## CRUZBLANCA ON AUSTRAL 580 521

2ONA580521

Fun N°: \_\_\_\_\_

Tipo de Plan: **INDIVIDUAL**

PRESTACIONES	Oferta Preferente Austral (1.a)		Oferta Preferente Metropolitana (1.a)		Libre Elección		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)
	%	Tope	%	Tope	%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA							
Día Cama	100% Sin Tope Cl. RedSalud Mayor de Temuco Clínica Puerto Montt Cl. RedSalud de Magallanes Hospital Cl. de Magallanes Clínica U. de Puerto Montt Clínica Puerto Varas Clínica Alemana de Osorno	Habitación Individual y Doble (1.a.2.1)	100% Sin Tope Clínica Indisa Clínica Bupa Santiago (1.a.2)	60 PRESTACIONES CON COPAGO CERO GARANTIZADOS POR EVENTO COMPLETO (1.a.3)	90%	7,2 UF	Sin Tope
Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios						11,0 UF	
Día Cama Cuidados Intermedios						11,0 UF	
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia						3,6 UF	
Día Cama Observación-Recuperación						3,5 VA	
Derecho de Pabellón						7,6 VA	
Exámenes de Laboratorio						4,8 VA	
Exámenes de Histopatología						5,3 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						4,8 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						3,4 VA	
Kinesiología y fisioterapia						3,2 VA	20 UF
Medicamentos (2.g)(2.i)						35,0 UF	Sin Tope
Materiales e insumos clínicos (2.g)(2.i)						23,3 UF	
Procedimientos (1.c) (1.a.2.3)						4,9 VA	
Honorarios médicos quirúrgicos (1.a.2.3)						4,3 VA	
Visita por médico tratante (1.b) (1.a.2.3)						1,8 UF	
Visita por médico interconsultor (1.b) (1.a.2.3)	1,8 UF	Sin Tope					
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	6,3 VA						
Traslados Médicos (1.i)	3,8 VA						
Drogas Biológicas (2.f)	20,0 UF		100 UF				
Quimioterapia (2.d)(2.i)	1,0 VA		Sin Tope				
Injertos Hematopoyéticos							
Fertilización asistida alta complejidad PAD (1.e)							
AMBULATORIAS							
Consulta médica	90% Sin Tope Clínica Alemana de Osorno, Cl. RedSalud Mayor de Temuco, Clínica Puerto Varas, Clínica Puerto Montt, Clínica U. de Puerto Montt, Cl. RedSalud de Magallanes, Hospital Clínico de Magallanes	Habitación Individual y Doble (1.a.2.1) Staff Médicos Clínicas (1.a.2.2) (1.a.2.3)	90% Sin Tope Integramédica, Clínica Bupa Santiago, Clínica Indisa (1.a.1)	90%	90%	0,9 UF	Sin Tope
Consulta oftalmológica						1,2 UF	
Exámenes de Laboratorio						4,6 VA	
Exámenes de Histopatología						5,1 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						4,6 VA	
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)						7,0 VA	
Procedimientos (1.c)						2,8 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						5,3 VA	
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)						2,8 VA	
Atención integral de enfermería (2.h)						2,5 VA	
Atención integral de nutricionista	2,8 VA	9 UF					
Consulta de nutricionista (1.m)	2,8 VA	9 UF					
Kinesiología y fisioterapia	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.4)	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.4)	90%	90%	3,2 VA	10 UF	
Consulta psiquiatría - Psiquiatría ambulatoria					0,4 UF		
Consulta psicología - Psicología ambulatoria					0,7 VA		
Fonoaudiología					6,0 VA	Sin Tope	
Radioterapia					2,8 VA		
Quimioterapia (2.d)(2.i)					20,0 UF	100 UF	
Prótesis y órtesis					6,3 VA	Sin Tope	
Injertos Hematopoyéticos					1,0 VA		
Prestaciones dentales PAD (1.i)						7 UF	
Fertilización asistida baja comp. Hombre PAD (1.e)						4 UF	
Fertilización asistida baja comp. Mujer PAD (1.e)		12 UF					
Fertilización asistida alta complejidad PAD (1.e)		1,0 VA	Sin Tope				
PRESTACIONES RESTRINGIDAS							
Día Cama Psiquiatría (1.a.3)	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.4)	90%	90%	90%	2,4 UF	10 UF	
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f) (1.a.3)					8,8 UF		
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.a.3)					3,5 VA		
Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.3)					1,4 UF		
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik) PET-CT (2.e)	25% de la cobertura general del plan.						
OTRAS COBERTURAS							
Box ambulatorio (1.d)	Idénticos porcentajes preferentes ambulatorios y en los mismos prestadores.	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.4)	90%	90%	4,8 VA	Sin Tope	
Medicamentos ambulatorios (1.j)(2.i)					0,6 UF		
Óptica (1.h)					1,0 UF	1 UF	
Traslados médicos (1.i)					3,8 VA	Sin Tope	
Cobertura internacional (1.k)	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.						
ATENCIONES DE URGENCIA (1.a.2.5) (1.g)							
Consulta de Urgencia (1.a.2.4)	Idénticos porcentajes preferentes ambulatorios y en los mismos prestadores. (excluye Integramédica)	90%	90%	90%	1,2 UF	Sin Tope	
RNM – PRO – HMQ – DPA – EXS – RX – TAC – ECO							
Medicamentos ambulatorios (1.j)							
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)							
Prestaciones Ambulatorias	Clínica Dávila						
Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria	Clínica Dávila						
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE							

VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.



**CRUZBLANCA ON AUSTRAL 580 521**  
2ONA580521



**PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO**

Precio Base

—

Precio Total según composición del grupo familiar

—

**TABLA DE FACTORES N° 343**

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

5000

(2.b)



HUELLA DACTILAR  
AFILIADO

Firma Afiliado  
Nombre  
Rut  
Fecha

Firma Representante ISAPRE  
Nombre  
Rut  
Fecha

**ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PREFERENTE**  
**NOTAS EXPLICATIVAS**

**1) Coberturas**

1.a) La cobertura de la Oferta Preferente se obtiene a través de órdenes de atención con prestadores en convenio especificado.

1.a.1) Oferta preferente Ambulatoria: **Integramédica, Clínica Alemana de Osorno, Clínica RedSalud Mayor de Temuco, Clínica Puerto Varas, Clínica Puerto Montt, Clínica Universitaria de Puerto Montt, Clínica RedSalud de Magallanes, Hospital Clínico de Magallanes, Clínica Alemana de Temuco, Clínica Alemana de Valdivia, Clínica Indisa, Clínica Bupa Santiago.**

1.a.2) Oferta preferente Hospitalaria: **Clínica Alemana de Osorno, Clínica RedSalud Mayor de Temuco, Clínica Puerto Varas, Clínica Puerto Montt, Clínica Universitaria de Puerto Montt, Clínica RedSalud de Magallanes, Hospital Clínico de Magallanes, Clínica Alemana de Temuco, Clínica Alemana de Valdivia, Clínica Indisa, Clínica Bupa Santiago.**

1.a.2.1) Para determinar la bonificación preferente hospitalaria se considerará la Habitación Individual y Doble o la de menor valor efectivamente utilizada por el beneficiario de acuerdo con el convenio vigente con el prestador. Suite o Departamento sólo como modalidad libre elección.

1.a.2.2) Son prestadores Staff del Plan Preferente **CRUZBLANCA ON AUSTRAL 580 521** todos los profesionales médicos que trabajan en **Clínica Indisa, Clínica Bupa Santiago** y que tienen convenio con la Isapre CruzBlanca de la oferta preferente. Validar listado de médicos a través de las sucursales CruzBlanca.

1.a.2.3) En atenciones hospitalarias programadas (no urgencia), el beneficiario recibirá la cobertura señalada en la oferta preferente del Plan de Salud Complementario del ítem honorarios, si su atención se efectúa con profesionales del Staff Médico del prestador utilizado, de lo contrario, será la de la Libre Elección.

1.a.2.4) Las hospitalizaciones derivadas de una atención efectuada en el Servicio de Urgencia de los prestadores de la Red Hospitalaria Preferente, tendrán la cobertura señalada en la oferta preferente del Plan de Salud Complementario, incluidos los honorarios médicos de los profesionales staff del prestador en convenio para el Plan, en aquellos casos que corresponda.

1.a.2.5) Este Plan aplicará cobertura preferente a las hospitalizaciones de urgencia efectuadas en regiones distintas de la Región Metropolitana, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes y Antártica. Se entenderá por hospitalización de urgencia aquella derivada de un servicio de urgencia que, por condición de salud o cuadro clínico del paciente, requiere atención médica inmediata e impostergable. No estará afecto a esta cobertura preferente ninguna hospitalización programada, ni la consulta de urgencia o exámenes, efectuados en servicios de urgencia, que no forman parte de los gastos de la hospitalización. La cobertura preferente consistirá en este caso, en aplicar a la cuenta hospitalaria regional, los valores que Isapre CruzBlanca hubiera pagado si la atención se hubiere efectuado en Clínica Bupa Santiago, debiendo asumir el afiliado las diferencias de valores entre la Clínica Bupa Santiago y el prestador en la que recibió las atenciones.

1.a.2.6) La cobertura de la Oferta Preferente que sea procedente, corresponderá siempre a la indicada para cada prestador o grupo de prestadores de la red de prestadores preferentes del plan **CRUZBLANCA ON AUSTRAL 580 521** sin que operen como prestadores derivados el uno respecto del otro. Tratándose de la cobertura de honorarios médicos quirúrgicos preferente, sólo corresponderá si utiliza médicos con convenio en los prestadores que consideran dicha cobertura en el plan, de lo contrario, la cobertura de este ítem será la de la Libre Elección.

Para el caso de presentarse una insuficiencia que afecte a la totalidad de la indicada red de prestadores preferentes, esto es, cuando todos ellos se encuentren imposibilitados temporal o permanentemente para otorgar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente dentro de los tiempos de espera máximos definidos en las condiciones de la oferta preferente, el beneficiario tiene derecho a solicitar su derivación, a el (los) prestador(es) **Clínica Dávila**, conforme lo indique la Isapre, y que se designan como prestadores derivados a los de la red de prestadores preferentes, manteniendo la misma cobertura de haberse atendido en el prestador que dio origen a dicha derivación.

1.a.3) Oferta preferente Hospitalaria Garantizada: **Clínica Indisa, Clínica Bupa Santiago**

1.a.3.1) 60 prestaciones garantizadas:

COMP	NOMBRE PRESTACION	COD	CLASIFICACIÓN
ALTA	TIROIDECTOMIA BILATERAL TOTAL	1402001	CIRUGÍA GENERAL
ALTA	COLECTOMIA PARCIAL O HEMICOLECTOMIA	1802067	
ALTA	COLECISTECTOMIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA	1802081	
ALTA	GASTRECTOMIA SUBTOTAL SIN DISECCION GANGLIONAR	1802018	
ALTA	HERNIA DIAFRAGMATICA POR VIA ABDOMINAL	1802001	
MEDIA	APENDICECTOMIA	1802053	
MEDIA	HEMORROIDECTOMIA	1803018	
BAJA	ABSCESO ANORRECTAL COMPLEJO	1803001	
BAJA	CONDILOMAS ANALES	1803038	
BAJA	FISTULA ANORRECTAL	1803016	
BAJA	FISURA ANAL	1803017	
BAJA	HERNIA INGUINAL, CRURAL, UMBILICAL, SIMILARES	1802003	
BAJA	QUISTE SACROCOXIGEAL	1803031	
ALTA	GASTROENTEROANASTOMOSIS	1802012	
ALTA	SAFENECTOMIA INTERNA Y/O EXTERNA UNILATERAL	1703030	CIRUGÍA VASCULAR PERISFERICA
ALTA	LIGADURA OTROS TRONCOS VENOSOS	1703027	
ALTA	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL	2003014	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
ALTA	HISTERECTOMIA TOTAL O AMPLIADA	2003010	
ALTA	OOFORECTOMIA PARCIAL O TOTAL	2003001	
MEDIA	CESAREA C/S SALPINGECTOMIA	2004006	
MEDIA	PARTO PRESENTACION CEFALICA O PODALICA	2004003	
MEDIA	SALPINGECTOMIA UNI O BILATERAL	2003005	
BAJA	BARTOLINOCISTONEOSTOMIA	2003027	
BAJA	CONIZACION DEL CUELLO UTERINO	2003012	
BAJA	MASTECTOMIA PARCIAL	2002002	
ALTA	HERNIA NUCLEO PULPOSO	1103049	NEUROCIRUGÍA
ALTA	RIZOTOMIA	1103057	
BAJA	INFILTRACION FACETARIA COLUMNA Y RADICULAR	1103048	
BAJA	LIBERACION QUIRURGICA DE NERVO PERIFERICO EXTRACRANEANO	1103066	
MEDIA	FACOERESIS EXTRACAPSULAR CON IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR	1202064	OFTALMOLOGÍA

COMP	NOMBRE PRESTACION	COD	CLASIFICACIÓN
MEDIA	IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRAOCULAR	1202065	OFTALMOLOGÍA
BAJA	ADENOIDECTOMIA	1302028	
BAJA	AMIGDALECTOMIA C/S ADENOIDECTOMIA, UNI O BILATERAL	1302029	OTORRINO LARINGOLOGÍA
BAJA	RINOPLASTIA Y/O SEPTOPLASTIA	1302052	
ALTA	ENDOPROTESIS TOTAL DE CADERA	2104129	TRAUMATOLOGÍA
ALTA	ENDOPROTESIS TOTAL DE RODILLA	2104153	
ALTA	LUXOFRACTURA TOBILLO, OSTEOSINTEISIS Y REPARACION CAPSULO-LIGAMENTOSA	2104179	
ALTA	OPERACION DE SALVATAJE CADERA O COLUMNA	2104135	
ALTA	RECONSTRUCCION CAPSULOLIGAMENTOSA DE RODILLA	2104156	
ALTA	RUPTURA MANGUITO ROTADORES C/S ACROMIECTOMIA	2104051	
MEDIA	MENISCECTOMIA U OTRAS INTERVENCIONES POR VIA ARTROSCOPICA	2104159	
MEDIA	OSTEOSINTEISIS RADIO	2104085	
BAJA	HALLUX VALGUS O RIGIDUS	2104190	
BAJA	RETIRO DE TORNILLOS, CLAVOS, AGUJAS DE OSTEOSINTEISIS	2106003	
BAJA	RUPTURA TENDON DE AQUILES	2104181	
BAJA	TENDOVAGINOSIS DE QUERVAIN	2104086	
BAJA	TUMORES O QUISTES O LESIONES PSEUDOQUISTICAS O MUSCULARES Y/O TENDINEAS	2104026	
ALTA	ADENOMA O CANCER PROSTATICO, RESECCION ENDOSCOPICA DESOBSTRUCTIVA	1902055	UROLOGÍA
ALTA	ADENOMA PROSTATICO, TRAT. QUIR. CUALQUIER VIA O TECNICA ABIERTA	1902056	
MEDIA	INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO O D.I.E.	1902045	
MEDIA	TRATAMIENTO INTEGRAL LITIASIS URINARIA POR VIA LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA	1902090	
MEDIA	URETERO O NEFRO-LITOTOMIA ENDOSCOPICA C/URETEROSCOPIA	1902021	
BAJA	CIRCUNCISION	1902082	
BAJA	DESCENSO TESTICULAR C/S HERNIA	1902060	
BAJA	DESCENSO TESTICULO INGUINAL C/S HERNIOPLASTIA	1902061	
BAJA	HIDROCELE Y/O HEMATOCELE	1902064	
BAJA	MEATOTOMIA QUIRURGICA C/S RESECCION DE POLIPO O CARUNCULA	1902047	
BAJA	ORQUIDOPEXIA UN LADO	1902066	
BAJA	VARICOCELE UNILATERAL Y/O DENERVACION CORDON ESPERMATICO	1902075	
BAJA	VASECTOMIA BILATERAL	1902076	

1.a.3.2) Exclusiones y Restricciones de las Prestaciones Garantizadas con Copago Máximo:

1.a.3.2.1) Que la o las prestaciones de que se trate se encuentren afectas a alguna restricción o exclusión de cobertura, o que el beneficiario haya alcanzado el tope general de cobertura del contrato de salud.

1.a.3.2.2) Cuando se trate de cirugías múltiples o bilaterales, esto es, en aquellos casos en que se realizan dos o más intervenciones en un mismo acto quirúrgico y no corresponda a un evento único. Lo anterior es con excepción de aquellas prestaciones múltiples o bilaterales en que ambas se encuentren incorporadas en la nómina precedente.

- 1.a.3.2.3) Las prestaciones requeridas en una hospitalización de urgencia, entendiéndose por tal aquella en que el paciente fue derivado desde un servicio de urgencia, que por su condición de salud o cuadro clínico requiere atención médica inmediata e impostergable. (Excepto Apendicectomía).
- 1.a.3.2.4) Para prestaciones garantizadas del parto presentación cefálica o podálica o parto vía cesárea el valor copago se ajustará a una cobertura proporcional en caso de que la fecha probable de la concepción sea anterior a la suscripción del contrato de salud. La cobertura de dichas prestaciones será, como mínimo, equivalente a la proporción entre el número de meses desde la suscripción del contrato hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo.
- 1.a.4) Estas prestaciones se exceptúan de la cobertura preferencial, otorgándose sólo cobertura en modalidad Libre Elección.
- 1.b) Se bonificará visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.
- 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) 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.e) 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.f) El tope de medicamentos en hospitalización Psiquiátrica es por evento.
- 1.g) Cobertura consulta de urgencia, sólo en atenciones otorgada en servicios de urgencia en horario hábil o inhábil.
- 1.h) 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.i) La cobertura de traslados médicos se otorga sólo con indicación médica justificada.
- 1.j) La cobertura por este concepto corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología.
- 1.k) 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.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) 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.

Staff Médicos Clínicas = Médicos de las Clínicas Red Hospitalaria Clínica Indisa, Clínica Bupa Santiago.

EXS = Exámenes de Laboratorio; RX = Radiología; TAC = Tomografía axial computarizada (scanner); ECO = Ecotomografías;

RNM = Resonancia Nuclear Magnética, PRO = Procedimientos, HMQ = Honorarios Médicos Quirúrgicos, DPA = Derecho de pabellón.

2.a) Pabellón 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.b) Tanto el tope general anual por beneficiario, como los montos máximos usuario año son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones por libre elección como por oferta preferente. 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, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.

2.c) Las Garantías Explícitas 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 de la Isapre.

2.d) Se entiende por quimioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.

2.e) 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 restricción de cobertura de la Cirugía Bariátrica, Metabólica, Cirugía Lasik y PET-CT, corresponde al evento hospitalario completo.

2.f) Se entiende por Drogas Biológicas los productos de fabricación o síntesis biotecnológicas utilizados para el tratamiento de patologías no oncológicas.

2.g) El tope definido para la cobertura de medicamentos e Insumos Hospitalizados es por evento hospitalario. 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.h) 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.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) Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestador preferente

Forma parte del Plan de Salud, el documento que se adjunta " Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestador preferente"

## 4) Valor de Conversión de la unidad de fomento a utilizar

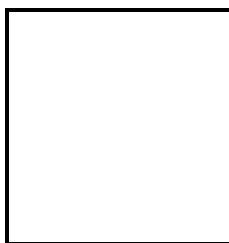
4.a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresados en unidades de fomento (UF), el valor de la conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.

4.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.

## 5) 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 1° 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.

Firma Afiliado  
Nombre  
Rut  
Fecha



HUELLA DACTILAR  
AFILIADO

Firma Representante ISAPRE  
Nombre  
Rut  
Fecha