

|   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
|---|--|--|-------------------|-------------|-------------------|---|-------------------|-------------------|
| <div><div><div><div>CruzBlanca</div><div>PARTE DE</div><div>Red UC1</div></div></div><div>PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO<br/>MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE</div></div> |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| CODIGO DE PLAN :  |  | IPMUC1B018   |                   | NOMBRE :    |                   | PREFERENTE MASTER UC PLUS B 7090-506 B018 |                   |                   |
| TIPO DE PLAN :  |  | INDIVIDUAL   |                   |             |                   | FUN Nº                                    |                   |                   |
| PRESTACIONES  |  | OFERTA PREFERENTE (1.a) (1.a.1) (1.a.2)  |                   |             | Tope max.         |   | LIBRE ELECCIÓN    | Tope max.         |
|   |  | % Bonif.   | Tope Bonificación | Copago Fijo | Año/Ben./UF (2.b) | % Bonif.                                  | Tope Bonificación | Año/Ben./UF (2.b) |
| HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Día Cama Especialidades   |  | Copago diario de \$50.000<br>Red UC1<br>(Habitación Doble)   |                   |             | Sin Tope          | 90%                                       | 1.35 VA           | Sin Tope          |
| Día Cama Cuidado Intensivo o Coronarios   |  |  |                   |             |                   |   | 1.35 VA           |                   |
| Día Cama Cuidados Intermedios   |  |  |                   |             |                   |   | 1.35 VA           |                   |
| Día Cama Sala Cuna - Fototerapia  |  |  |                   |             |                   |   | 1.35 VA           |                   |
| Día Cama Observación - Recuperación   |  |  |                   |             |                   |   | 1.35 VA           |                   |
| Derecho de Pabellón   |  |  |                   |             | 1.62 VA           |   | Sin Tope          |                   |
| Exámenes de Laboratorio   |  |  |                   |             | 1.62 VA           |   |                   |                   |
| Exámenes de Histopatología  |  |  |                   |             | 0.99 VA           |   |                   |                   |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)  |  |  |                   |             | 0.99 VA           |   |                   |                   |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)   |  |  |                   |             | 0.99 VA           |   |                   |                   |
| Kinesiología y fisioterapia   |  | 1.80 VA  | Sin Tope          |             |                   |   |                   |                   |
| Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)  |  | 1.80 VA  | Sin Tope          |             |                   |   |                   |                   |
| Radioterapia  |  | 1.80 VA  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos  |  | 1.17 VA  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Visita Médico Tratante  |  | 0.49 UF  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Visita Interconsultor (1.b)   |  | 0.49 UF  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Medicamentos en hospitalización (2.e)   |  | 5.74 UF  | Sin Tope          |             |                   |   |                   |                   |
| Materiales Clínicos e Insumos (2.e)   |  | 5.74 UF  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.   |  | 0.70 VA  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Traslados médicos (1.i)   |  | 0.35 VA  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Quimioterapia (2.d)   |  | 9.45 UF  |                   | Sin Tope    |                   |   |                   |                   |
| PRESTACIONES AMBULATORIAS   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Consulta Médica   |  | (1.a.2)  | \$ 2000           | Sin Tope    | 70%               | 0.25 UF                                   | Sin Tope          |                   |
| Consulta Oftalmológica  |  | (1.a.2)  | \$ 2000           |             |                   | 0.39 UF                                   |                   |                   |
| Exámenes de Laboratorio   |  | 75 % Sin Tope<br>Red UC1 y M1 (1.a.2)  |                   |             |                   | 1.26 VA                                   |                   |                   |
| Exámenes de Histopatología  |  |  |                   |             |                   | 1.26 VA                                   |                   |                   |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)  |  |  |                   |             |                   | 0.77 VA                                   |                   |                   |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)   |  |  |                   | 0.77 VA     |                   |   |                   |                   |
| Kinesiología y fisioterapia   |  | 3.50 UF  | Sin Tope          | 1.40 VA     | 3.50 UF           |   |                   |                   |
| Pabellón Ambulatorio(1.d)   |  | Sin Tope   |                   | 1.05 VA     | Sin Tope          |   |                   |                   |
| Procedimientos (1.c)  |  |  |                   | 1.40 VA     |                   |   |                   |                   |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)  |  |  |                   | 0.91 VA     |                   |   |                   |                   |
| Atención integral de enfermería (2.f)   |  |  |                   | 1.40 VA     |                   |   |                   |                   |
| Atención integral de nutricionista  |  | 1.40 VA  | Sin Tope          |             |                   |   |                   |                   |
| Fonoaudiología  |  | 1.82 UF  |                   | 1.40 VA     | 1.82 UF           |   |                   |                   |
| Prótesis y Ortesis  |  | Cobertura Libre Elección   |                   |             | 70%               | 0.70 VA                                   | Sin Tope          |                   |
| Radioterapia  |  |  |                   |             |                   | 1.40 VA                                   | Sin Tope          |                   |
| Quimioterapia (2.d)   |  |  |                   |             |                   | 9.45 UF                                   | Sin Tope          |                   |
| PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):  |  | Cobertura Libre Elección   |                   |             | 40%               | 1.00 VA                                   | 7.00 UF           |                   |
| PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre  |  |  |                   |             | 40%               | 1.00 VA                                   | 4.00 UF           |                   |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer   |  |  |                   |             |                   | 12.00 UF                                  |                   |                   |
| PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Consulta Psiquiatría  |  | Cobertura Libre Elección   |                   |             | 70%               | 0.28 UF                                   | 1.40 UF           |                   |
| Psiquiatría Ambulatoria   |  |  |                   |             |                   | 0.28 UF                                   | 1.40 UF           |                   |
| Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria  |  |  |                   |             |                   | 0.28 UF                                   | 1.40 UF           |                   |
| Día Cama Psiquiatría  |  |  |                   |             | 90%               | 1.35 VA                                   | 6.75 UF           |                   |
| Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)   |  |  |                   |             |                   | 1.80 VA                                   | 6.75 UF           |                   |
| Día Cama Clínica de Recuperación  |  |  |                   |             |                   | 1.35 VA                                   | 5.06 UF           |                   |
| Otras Prestaciones (Restricciones)  |  | Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica , psicológica , fonoaudiológica, radioterapia y prótesis y atención dental.  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| OTRAS COBERTURAS (2.c)  |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Box ambulatorio (2.a)(1.d)  |  | 75 % Sin Tope<br>Red UC1 y M1  |                   |             | 70%               | 1.05 VA                                   | Sin Tope          |                   |
| Medicamentos Ambulatorios (1.j)   |  | Cobertura Libre Elección   |                   |             |                   | 0.44 UF                                   |                   |                   |
| Óptica (1.h)  |  | Cobertura Libre Elección   |                   |             | 70%               | 0.70 VA                                   | 0.28 UF           |                   |
| Traslados (1.i)   |  |  |                   |             | 70%               | 0.35 VA                                   | Sin Tope          |                   |
| Consulta a Domicilio  |  |  |                   |             | 70%               | 0.38 UF                                   | Sin Tope          |                   |
| Cobertura Internacional (1.l)   |  | La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional Libre Elección, esto es, en función del Arancel ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. vigente y procedimientos de bonificación del Plan contratado. |                   |             |                   |   |                   |                   |
| ATENCIONES DE URGENCIA  |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Consulta Urgencia (1.g)   |  | (1.a.2)  | \$ 5000           |             | 70%               | 0.38 UF                                   | Sin Tope          |                   |
| Atenciones de Urgencia: EXS, RX, TAC, ECO, RNM, PRO, HMQ, DPA. (2)  |  | Según cobertura ambulatoria preferente del plan en Hosp. Cl. U. Católica   |                   |             |                   |   |                   |                   |
| PRESTADORES DERIVADOS (1.a.3)   |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Consulta Urgencia (1.g)   |  | Prestadores Red Hospitalaria   |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Prestaciones Ambulatorias   |  | Prestadores Red Ambulatoria  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria   |  | Prestadores Red Hospitalaria   |                   |             |                   |   |                   |                   |
| VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE  |  |  |                   |             |                   |   |                   |                   |
| Fono CruzBlanca 600 818 0000  |  |  |                   |             |                   | www.cruzblanca.cl                         |                   |                   |