

<div><div><div><div><div></div><div>CruzBlanca</div></div><div><div>PARTE DE</div><div>Recursos</div></div></div><div></div></div><div>PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE</div></div>												
CODIGO DE PLAN :			3OP3008018			NOMBRE :		OPTIMUS PLUS 3000 8018				
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 3.5 UF Red R2 (Habitación Doble)			Sin Tope		90%		1.35 UF	Sin Tope	
Día Cama Cuidado Intensivo o Coronarios										2.70 UF		
Día Cama Cuidados Intermedios										2.70 UF		
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia										0.68 UF		
Día Cama Observación - Recuperación										1.35 VA		
Derecho de Pabellón										1.35 VA		
Exámenes de Laboratorio			90% Sin Tope con copago máximo de 9.0 UF Red R1 (Habitación Pluripersonal)			Sin Tope		90%		1.62 VA	Sin Tope	
Exámenes de Histopatología										1.78 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)										1.00 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)										1.30 VA		
Kinesiología y fisioterapia										1.80 VA		4.50 UF
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)										1.80 VA		Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos			0.50 UF									
Visita Médico Tratante			0.50 UF									
Visita Interconsultor (1.b)			4.30 UF									
Medicamentos en hospitalización (2.g)			1.08 UF									
Materiales Clínicos e Insumos (2.g)			Cobertura Libre Elección		70%		0.79 VA	35.85 UF				
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.							1.65 VA					
Traslados médicos (1.i)							11.95 UF					
Quimioterapia (2.d)												
PRESTACIONES AMBULATORIAS												
Consulta Médica			(1.a.2.) (1.a.3)	UF 0.13	Sin Tope		70%		0.30 UF	Sin Tope		
Consulta Oftalmológica			(1.a.2.) (1.a.3)	UF 0.26					0.32 UF			
Exámenes de Laboratorio			75 % Sin Tope Red R1, R2 y R3 (1.a.2)						1.26 VA			
Exámenes de Histopatología			80% Sin Tope Integramédica (1.a.3)		4.50 UF		Sin Tope		1.39 VA	4.50 UF		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)									0.77 VA			
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)									1.00 VA			
Kinesiología y fisioterapia			Cobertura Libre Elección		Sin Tope		70%		1.40 VA	Sin Tope		
Pabellón Ambulatorio(1.d)									1.05 VA			
Procedimientos (1.c)									1.40 VA			
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)									0.91 VA			
Atención integral de enfermería (2.h)									1.40 VA			
Atención integral de nutricionista									1.40 VA			
Fonoaudiología									4.62 UF			
Prótesis y Ortesis									2.50 VA	3.24 UF		
Radioterapia									0.79 VA	Sin Tope		
Quimioterapia (2.d)									1.40 VA	Sin Tope		
									11.95 UF	11.95 UF		
PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):												
Obturación: Diagnóstico y Tratamiento de 1 pieza dental									0.82 UF			
Obturación: Tratamiento más de 1 y hasta 4 piezas dentales									0.83 UF			
Obturación: Tratamiento más de 4 piezas dentales									1.25 UF			
Endodoncia Incisivo									1.42 UF			
Endodoncia Premolar									1.51 UF			
Endodoncia Molar									1.83 UF			
PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):												
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre									4.00 UF			
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer									12.00 UF			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)												
Consulta Psiquiatría									0.30 UF	1.40 UF		
Psiquiatría Ambulatoria									1.80 VA	1.40 UF		
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria									1.80 VA	1.40 UF		
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)									1.08 UF	6.08 UF		
Día Cama Psiquiatría									1.35 UF	6.08 UF		
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.n)									1.80 VA	6.08 UF		
Día Cama Clínica de Recuperación									1.35 UF	5.06 UF		
Drogas Biológicas (2.f)									1.08 UF	Sin Tope		
PET - CT									1.40 VA	Sin Tope		
Cirugía Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva: Honorarios (2.e)									1.17 VA	Sin Tope		
Cirugía Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva: Pabellón (2.e)									1.35 VA	Sin Tope		
OTRAS COBERTURAS (2.c)												
Box ambulatorio (2.a)(1.d)			75 % Sin Tope Red R1, R2 y R3			70%		1.05 VA		Sin Tope		
Medicamentos Ambulatorios (1.j)			Cobertura Libre Elección					0.44 UF				
Óptica (1.h)			Cobertura Libre Elección			80%		0.57 VA		0.23 UF		
Traslados (1.i)						80%		1.65 VA		Sin Tope		
Cobertura Internacional (1.l)			Para obtener la cobertura, el beneficiario deberá ceñirse a lo señalado en la letra b) del artículo 10° 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.									
ATENCIONES DE URGENCIA												
Consulta Urgencia (1.g)			(1.a.2)			UF 0.34	70%		0.32 UF		Sin Tope	
Atenciones de Urgencia: EXS, RX, TAC, ECO, RNM, PRO, HMQ, DPA. (2)			Según cobertura ambulatoria preferente del plan en Red R1, R2 y R3									
PRESTADORES DERIVADOS (1.a.4)												
Consulta Urgencia (1.g) (1.a.5)			Prestadores Red Hospitalaria									
Prestaciones Ambulatorias (1.a.3)			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												