

<div><div><div>PARTE DE</div><div><div>CruzBlanca</div><div><div>Bupa</div><div></div></div></div></div><div>PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO</div><div>MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE</div></div>							
PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE :							
PARTO - CESÁREA - ABORTO - EMBARAZO ECTÓPICO - HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE AMENAZA DE PARTO PREMATURO O ABORTO							
Durante la vigencia del presente plan, la isapre estará obligada a aceptar el cambio que el (la) cotizante le solicite. El (la ) cotizante tendrá derecho a optar a incorporarse ,dentro de los planes que comercialice la Isapre al menos, entre los siguientes planes de salud:							
i) Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquel que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida, caso en el cual podrán efectuarse los ajustes que correspondan en relación a los restantes beneficios del nuevo plan.							
ii) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y que otorgue o aumente la cobertura de parto, caso en el cual podrán realizarse los ajustes pertinentes en relación al precio del nuevo plan.							
CODIGO DE PLAN :		3MTDE20718	NOMBRE :	RED METROPOLITANA ESPECIAL 2000 718			
TIPO DE PLAN :		Individual		FUN N°			
PRESTACIONES		1.a) Cobertura Preferente RED METROPOLITANA 5		LIBRE ELECCION NACIONAL			
HOSPITALIZADAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		% Bonif. Valor Real	Tope Bonificación UF - Veces Arancel	% Bonif. Valor Real	Tope Bonificación UF - Veces Arancel		
Día Cama Especialidades		90	Sin Tope Clínica Dávila Hospital del Profesor Clínica Red Salud Santiago Clínica Red Salud Providencia Clínica Bupa Santiago Todas en Habitación Doble	90	4.00 UF		
Día cama cuidados intensivos o coronarios					8.00 UF		
Día cama cuidados intermedios					8.00 UF		
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia					2.00 UF		
Día Cama Otros					4.00 VA		
Derecho de Pabellón					2.50 VA		
Laboratorio					1.80 VA		
Histopatología					1.98 VA		
Imagenología (Rayos - TAC - ECO)					2.00 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					2.00 VA		
Medicamentos en hospitalización (2.g)		Hospital Clínico Universidad de Chile Habitación Institucional Staff Médico de Cada Clínica		80	27.00 UF		
Materiales Clínicos e Insumos (2.g)					13.00 UF		
Visita Médico Tratante ó Visita Interconsultor (1.b)					0.33 UF		
Honorarios Médicos Quirúrgicos					2.50 VA		
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)					1.29 VA		
Kinesioterapia					1.29 VA		
Prótesis y Órtesis					2.65 VA		
Traslados (1.h)					2.84 VA		
Tratamientos con drogas biológicas (2.f)					1.60 UF		
Drogas Citotóxicas Administradas en Ciclos de Quimioterapia (2.d)					1.60 UF		
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
Consulta Médica		80% Sin Tope INTEGRAMEDICA 70% Sin Tope Clínica Bupa Santiago		70	0.60 UF		
Consulta Urgencia y Oftalmológica (1.f)					0.60 UF		
Laboratorio					1.30 VA		
Histopatología					1.43 VA		
Imagenología (Rayos - TAC - ECO)					1.60 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1.30 VA		
Honorarios Médicos Ambulatorios (1.i)					2.50 VA		
Derecho de Pabellón (1.i)					1.26 VA		
Procedimientos (1.c)					1.29 VA		
Radioterapia					1.29 VA		
Kinesioterapia					1.29 VA		
Consulta Psiquiatría		70	Sólo cobertura Libre Elección	40	0.20 UF		
Psiquiatría Ambulatoria					1.00 VA		
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria					1.00 VA		
Atención Integral de Enfermería (2.h)					1.29 VA		
Atención Integral de Nutricionista (2.h)					1.29 VA		
Fonoaudiología					1.64 VA		
Prótesis y Órtesis					2.65 VA		
Drogas Citotóxicas Administradas en Ciclos de Quimioterapia (2.d)					1.60 UF		
Prestaciones Dentales PAD (1.k):		7.00 UF					
Prestaciones Fertilización PAD (1.l):		1.00 VA					
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre		4.00 UF					
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer		12.00 UF					
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.a.1)							
COBERTURA REDUCIDA DE PARTO, CESÁREA, ABORTO		25% de la Cobertura General del Plan.					
Día cama Maternidad		Sólo cobertura Libre Elección	90	0.45 UF 1.00 VA 6.75 UF 4.00 VA	6.75 UF		
Pabellón							
Medicamentos hospitalarios							
Materiales Clínicos e Insumos							
Honorarios Médicos							
Día Cama Psiquiatría		Sólo cobertura Libre Elección	90	0.45 UF 1.00 VA 6.75 UF 4.00 VA	6.75 UF		
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas							
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.e)							
Día Cama Clínica de Recuperación							
PET - CT							
Cirugía Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik):		25% de la Cobertura General del Plan.					
Evento completo (2.e)							
OTRAS PRESTACIONES (1.a.1)							
Óptica (1.g)		Sólo cobertura Libre Elección		80	1.80 UF		
Traslados (1.h)					2.84 VA		
Box ambulatorio (1.i) (2.a)					1.30 VA		
Medicamentos Ambulatorios (1.j)		70	1.02 UF	70	1.00 UF		
Cobertura internacional (1.d)		La cobertura Internacional opera por reembolso y se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la Libre Elección, sin que sean aplicables las coberturas preferentes y está afecta a un tope anual por beneficiario de UF 1000.					
PRESTADORES DERIVADOS (1.a.1.2)							
PRESTACIONES AMBULATORIAS		RED METROPOLITANA 5					
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA							
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.							
Fono CruzBlanca 600 818 0000		CruzBlanca		www.cruzblanca.cl			