

N° FUN _____ FECHA _____ LUGAR _____
NOMBRE: _____ RUT: _____

I. DISPOSICIONES GENERALES

Entre ISAPRE CRUZ BLANCA S.A., Institución de Salud Previsional, R.U.T. N° 96.501.450-0, representada por su Gerente General, don Raúl Valenzuela Searle, Ingeniero Civil, cédula nacional de identidad N° 5.583.758-9, ambos con domicilio en calle Suecia N° 211, comuna de Providencia de la ciudad de Santiago, por una parte, y por la otra, el Contratante individualizado precedentemente, en adelante el Contratante o cotizante, se ha convenido el siguiente Contrato de Salud Previsional.

El presente Contrato de Salud Previsional es indefinido y las partes solo podrán ponerle termino por las causales estipuladas en el; se celebra en conformidad con lo dispuesto en Ley N° 18.933 y sus modificaciones, contenidas en el DFL N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud, y en las Circulares emitidas por la Superintendencia de Salud, la ex Superintendencia de Isapres y su modificaciones.

Forman Parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes: Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional, El Formulario de Declaración de Salud, Las Garantías Explicitas en Salud (GES), El Plan de Salud Complementario, La Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas en Chile (CAEC); El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y el Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas del plan contratado en adelante la NPV, documento que se encuentra a disposición del Cotizante y sus beneficiarios en cada oficina de ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. en las cuales se atiende público. Todos estos documentos, a excepción del Arancel que sólo lleva la firma del representante de ISAPRE CRUZ BLANCA S.A., deben ir firmados por ambas partes. Para todos los efectos legales del presente contrato las partes fijan domicilio especial en la ciudad de Santiago.

II. PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

CODIGO DE PLAN		IGRU34606B		NOMBRE		GRAN REGIONAL ULTRA 34 B 7090	
TIPO DE PLAN		INDIVIDUAL		MATRIMONIAL			
PRESTACIONES HOSPITALIZADAS		% DE BONIF. VALOR REAL	TOPE BONIFICACION (UF)		VECES EL ARANCEL	MAX BONIF AÑO/BENEFIC. (UF)	AMPLIACION DE COBERTURA (ORDENES DE ATENCION)
Día Cama		90			5,67 V.A.		a.-) 90% VALOR FACTURA si día cama es igual o menor a UF 5,67
Derecho de Pabellón		90			4,05 V.A.		
Procedimientos (b)		90			1,62 V.A.		
Laboratorio		90			1,35 V.A.		
Rayos		90			1,44 V.A.		
Medicamentos en Hospitalización		90	10,33 UF x Evento				
Visita Médico Tratante		90	1,08 UF				
Visita Interconsultor (c)		90	1,08 UF				
Día Cama Psiquiatría (d)		90			5,67 V.A.	13,50 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (d)		90			3,60 V.A.		
Día Cama Clínica de Recuperación		90			5,67 V.A.	21,26 UF	
Honorarios Médicos Quirúrgicos		90			2,88 V.A.		
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
Consulta Médica		70	0,56 UF				
Consulta Oftalmológica		70	0,87 UF				
Consulta Urgencia (e)		70	0,84 UF				
Consulta Domicilio		70	0,84 UF				
Psiquiatría Ambulatoria		70	0,56 UF			2,80 UF	
Psicología Ambulatoria		70	0,56 UF			2,80 UF	
Día Cama		70			4,41 V.A.		
Honorarios Médicos Ambulatorios		70			2,24 V.A.		
Derecho de Pabellón		70			3,15 V.A.		
Procedimientos (b)		70			1,26 V.A.		
Kinesiterapia		70			1,26 V.A.	3,15 UF	
Fonoaudiología		70			1,26 V.A.	1,64 UF	
Laboratorio		70			1,05 V.A.		
Rayos		70			1,12 V.A.		
Medicamentos Ambulatorios (f)		70	0,79 UF				
OTRAS PRESTACIONES							
Óptica (g)		70			1,75 V.A.	0,70 UF	
Prótesis		70			1,26 V.A.		
Traslados		70			0,91 V.A.		
Drogas Citotóxicas administradas en ciclos de Quimioterapia Tope Mensual		70	7,56 UF				

NOTAS EXPLICATIVAS

a) La ampliación de cobertura a un 90% VALOR FACTURA, en prestaciones hospitalizadas para ítems día cama, pabellón, laboratorio, rayos, imagenología y procedimientos, sólo corresponde si se cumplen las siguientes condiciones copulativas: (i) que se trate de prestaciones otorgadas por prestadores institucionales y médicos que mantengan convenio vigente con la Isapre, y exclusivamente a través de la modalidad de Ordenes de Atención; (ii) que el valor del día cama convenido entre la Isapre y el prestador considerando la habitación individual más simple con baño privado del establecimiento asistencial en que curse la hospitalización el beneficiario, sea igual o menor a habitación individual más simple con baño privado del establecimiento asistencial en que curse la hospitalización el beneficiario sea igual o menor a 5,67 UF y (III) que la hospitalización sea dentro del territorio nacional, y que no se trate de hospitalizaciones psiquiátricas, hospitalizaciones en Clínicas de Recuperación o en habitaciones de mayor hotelería (suite o Departamento).

La información de prestadores que mantengan convenio vigente con la Isapre está disponible en las oficinas de la Isapre o a través del Call center Salud.

b) La línea de cobertura "procedimientos" (diagnósticos y/o terapéuticos) es aplicable para la bonificación de los honorarios del profesional que realiza la atención. No cubre gastos por concepto de arriendos de equino, sala de procedimientos o derechos de pabellón

c) Se cancela visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.

d) El tope anual indicado para psiquiatría hospitalizada incluye cualquier otra prestación de la especialidad que se dé durante la hospitalización. No incluye y no tiene cobertura los medicamentos . Cada una de las prestaciones incluidas en la línea de cobertura "Prestaciones Psiquiátricas hospitalarias" tendrán una cobertura igual o superior a la cobertura que otorga Fonasa en la modalidad de Libre elección.

e) Cobertura Urgencia sólo en atenciones otorgadas en Servicios de Urgencia.

f) La cobertura por este concepto corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología.

g) Corresponderá la bonificación de marcos y cristales sólo con la presentación de la receta médica respectiva.

La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional, esto es en función del Arancel ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. vigente y procedimientos de bonificación del Plan contratado.

TABLA DE FACTORES SEXO EDAD N° 536				
Edad (Años)	Contratante		Cargas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0 a menos de 2	1,75	1,75	1,75	1,75
2 a menos de 5	0,95	0,80	0,95	0,80
5 a menos de 10	0,65	0,55	0,65	0,55
10 a menos de 15	0,55	0,55	0,55	0,55
15 a menos de 20	0,60	0,70	0,55	0,65
20 a menos de 25	0,60	1,40	0,55	1,15
25 a menos de 30	0,80	2,15	0,60	1,55
30 a menos de 35	1,00	2,65	0,75	1,90
35 a menos de 40	1,25	2,55	0,90	1,75
40 a menos de 45	1,35	2,25	1,00	1,55
45 a menos de 50	1,60	2,45	1,20	1,70
50 a menos de 55	1,80	2,70	1,35	1,90
55 a menos de 60	2,40	3,00	1,85	2,05
60 a menos de 65	3,10	3,50	2,65	2,50
65 a menos de 70	3,60	3,70	3,30	3,00
70 a menos de 75	4,20	3,80	3,95	3,50
75 a menos de 80	4,80	4,50	4,50	4,50
80 y más	5,20	4,50	5,20	4,50

Las garantías Explicitas en Salud (GES) se otorgarán exclusivamente a través de los prestadores ubicados en el territorio nacional que para tales efectos, ha determinado la Isapre. De igual modo, el beneficio de la cobertura adicional para enfermedades Catastróficas (CAEC), y la cobertura especial GES - CAEC, se otorgará bajo las condiciones y modalidades pactadas en este beneficio, exclusivamente en los prestadores ubicados en el territorio nacional que formen parte de la Red de la Isapre.

Precio Base Plan de Salud Complementario en UF

Precio Total Plan de Salud Complementario en UF según composición del grupo familiar

(El precio se pagará en pesos. Para su cálculo se considera el valor de la UF del último día del mes al que corresponda devengar la cotización.)

Tope General por Beneficiario		Nombre del Arancel	Unidad
Cont/ carga legal	Carga medica	ISAPRE CRUZ	UF
1800 UF	900 UF	BLANCA - 9	

El arancel de prestaciones podrá ser reajustado y/ o modificado dentro del mes de Enero de cada año y los cambios entraran en vigencia a contar del primer día de marzo siguiente.

Firma Agente ISAPRE CRUZ BLANCA S.A.

Firma Contratante