

Nombre: CruzBlanca ON 9600 119

FUN N°: _____

Código: 10N9600119

Tipo de Plan: _____ **INDIVIDUAL**

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

PRESTACIONES		OFERTA PREFERENTE (1.a)		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)	LIBRE ELECCIÓN		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)	
		%	Tope		%	Tope		
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (1.a.2.3)								
Día Cama		90% Sin Tope Clínicas Alemana de Santiago, U. de Los Andes, UC San Carlos, Santa María, Indisa, Hospital Clínico UC, RedSalud Vitacura	Sin Tope	90%	7.00 UF		Sin Tope	
Día Cama Cuidados Intensivos o coronarios					10.50 UF			
Día Cama Cuidados intermedios					10.50 UF			
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia					3.50 UF			
Día Cama Observación-Recuperación					7.00 VA			
Derecho de Pabellón					3.50 VA			
Exámenes de Laboratorio					1.80 VA			
Exámenes de Histopatología					1.98 VA			
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					1.80 VA			
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1.60 VA			
Kinesiología y fisioterapia		27.00 UF	Sin Tope	70%	2.95 VA		8.85 UF	
Medicamentos (2.g)		Sin Tope			35.00 UF		Sin Tope	
Materiales e insumos clínicos (2.g)					22.75 UF			
Procedimientos (**)(1.c)					2.40 VA			
Honorarios médicos quirúrgicos (**)					2.80 VA			
Visita por médico tratante (**) (1.b)					1.00 UF			
Visita por médico interconsultor (**) (1.b)					1.00 UF			
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis					4.40 VA			
Traslados Médicos (1.i)					4.42 VA			
Drogas Biológicas (2.f)					50.00 UF			75.00 UF
Quimioterapia (2.d)			Sólo Cobertura Libre Elección.					
AMBULATORIAS								
Consulta médica		80% Sin Tope Integramédica RED A1: Clínicas Santa María, Indisa, Hospital Clínico UC, RedSalud Vitacura, Bupa Santiago, Dávila, RedSalud Santiago, RedSalud Providencia	70%	70%	1.00 UF		Sin Tope	
Consulta oftalmológica					1.00 UF			
Exámenes de Laboratorio					1.20 VA			
Exámenes de Histopatología					1.32 VA			
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					1.40 VA			
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)					2.40 VA			
Procedimientos (1.c)					2.40 VA			
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)					2.20 VA			
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1.20 VA			
Atención integral de enfermería (2.h)					2.40 VA			
Atención integral de nutricionista		70% Sin Tope RED A2: Clínicas Alemana de Santiago, U. de Los Andes, UC San Carlos (1.a.1)	40%	40%	2.40 VA		7.92 UF	
Kinesiología y fisioterapia					2.50 VA		8.85 UF	
Consulta psiquiatría					0.60 UF		7.50 UF	
Psiquiatría ambulatoria					1.20 VA		7.50 UF	
Consulta psicología - Psicología ambulatoria					1.20 VA		7.50 UF	
Fonoaudiología					3.50 VA		8.25 UF	
Radioterapia					2.40 VA		Sin Tope	
Quimioterapia (2.d)					50.00 UF		75.00 UF	
Prótesis y órtesis					4.40 VA		Sin Tope	
Prestaciones dentales (PAD) (1.i)					40%	1.00 VA		7.00 UF
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):								
Fertilización asistida baja complejidad Hombre		4.00 UF						
Fertilización asistida baja complejidad Mujer		12.00 UF						
PRESTACIONES RESTRINGIDAS								
Día Cama Psiquiatría (1.a.3)		Sólo Cobertura Libre Elección.	90%	90%	2.40 UF		10.00 UF	
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)(1.a.3)					8.75 UF			
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.a.3)					3.50 VA			
Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.3)					1.40 UF			
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik) PET-CT (2.e)		25% de la cobertura general del plan.						
OTRAS COBERTURAS								
Box ambulatorio (1.d)		80% Sin Tope RED A1 70% Sin Tope RED A2	70%	70%	3.00 VA		Sin Tope	
Medicamentos ambulatorios (1.j)					1.20 UF			
Óptica (1.h)		Sólo Cobertura Libre Elección.	70%	70%	1.20 UF		1.20 UF	
Traslados médicos (1.i)					4.42 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)		80% Sin Tope RED A1 70% Sin Tope RED A2	70%	70%	1.00 UF		Sin Tope	
RNM – PRO – HMQ – DPA								
EXS – RX – TAC – ECO								
Medicamentos ambulatorios (1.j)								
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)								
PRESTACIONES AMBULATORIAS		Hospital Clínica Universidad de Chile						
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		Hospital Clínica Universidad de Chile						
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.