



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 sus 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 Explícitas 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 atienda 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

CODIGO DE PLAN :		IPHP01606B		NOMBRE :		PREFERENTE PROFESOR 1 B NORMAL 7090
------------------	--	------------	--	----------	--	-------------------------------------

TIPO DE PLAN	:	Individual		Matrimonial	
--------------	---	------------	--	-------------	--

PRESTACIONES HOSPITALIZADOS	Libre Elección				Cobertura Preferencial (a)				
					Clínica Hosp. Del Profesor				
	% Bonif.	Tope Bonificación		Máx.Bonif.	% Bonif.	Tope	Máx.Bonif.		
	Valor Real	UF	Veces Arancel	Año/Benef/UF	Valor Real	Bonificación	Año/Benef	Prestadores Derivados	
Día Cama	90		1.08		Copago diario \$15.000 Clínica Hosp. Del Profesor Pieza Triple				Hosp. de San Bdo
Derecho de Pabellón	90		1.80						
Procedimientos (c)	90		1.44						
Laboratorio	90		1.44						
Rayos	90		1.44						
Medicamentos en Hospitalización	90	4.59			90%	4.59 UF			
Visita Médico Tratante	90	0.32			90%				
Visita Interconsultor (b)	90	0.32							
Honorarios Médicos Quirúrgicos	90		0.90		Sin Tope				
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (d)	90		1.08	4.05	Sólo cobertura libre elección				
Día cama Psiquiatría (d)	90		1.08						
Día Cama Clínica de Recuperación	90		1.08	4.05					

Consulta Médica	70	0.17			Copago fijo \$3.000		Hosp. de San Bdo
Consulta Oftalmológica	70	0.26			Copago fijo \$4.000		
Consulta Urgencia (e)	70	0.25			Copago fijo \$5.000		

Consulta Domicilio	70	0.25			Sólo cobertura libre elección			
Psiquiatría Ambulatoria	70	0.17		0.84				
Psicología Ambulatoria	70	0.17		0.84				
Honorarios Médicos Ambulatorios	70		0.70	2.80	70%	Sin Tope	2.8 UF	Hosp. de San Bdo
Día Cama	70		0.84					
Derecho de Pabellón	70		1.40					
Procedimientos (c)	70		1.12					
Kinesiterapia	70		1.12					
Laboratorio	70		1.12					
Rayos	70		1.12					
Fonoaudiología	70		1.12					
Medicamentos Ambulatorios (f)	70	0.35		1.46	Sólo cobertura libre elección			

Óptica	(g)	70	1.12	0.45	Sólo cobertura libre elección
Prótesis		70	1.12		
Traslados	(h)	70	0.77		

Drogas Citotóxicas Administradas en Ciclos de Quimioterapia Tope Mensual (i)	70	6.05	UF Mensual			
Atenciones de Urgencia (excepto consulta)					70%	Sin Tope Clínica Hosp. Del Profesor

Consulta Médica	7 días	Proc. de Diagnósticos y Terapéuticos	15 días
Exámenes		Intervenciones quirúrgicas	30 días

NOTAS EXPLICATIVAS

a) Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica, psicológica, fonoaudiológica, radioterapia, prótesis, traslados y atención dental.

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

c) 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 equipo, sala de procedimientos o derechos de pabellón.

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 tanto para la modalidad Libre Elección, como en la preferente.

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

g) Corresponderá la bonificación de Lentes Ópticos (Cristales y/o Lentes de contacto) sólo con la presentación de la receta médica respectiva.

h) Con indicación médica justificada

i) Por beneficiario, tope mensual con indicación médica

La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional Libre Elección.

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 mas	5.20	4.50	5.20	4.50

Firma Agente ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. _____ Firma Contratante _____