

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE COBERTURA MATERNAL REDUCIDA									
CODIGO DE PLAN :		FUC7E07018			NOMBRE :		MASTER 7 - ESPECIAL 018		
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 \$65.000 Red UC1 (Habitación Doble)			Sin Tope	100%	1.50 VA		Sin Tope
Día Cama Cuidado Intensivo o Coronarios							1.50 VA		
Día Cama Cuidados Intermedios							1.50 VA		
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia							1.50 VA		
Día Cama Observación - Recuperación							1.50 VA		
Derecho de Pabellón							1.50 VA		
Exámenes de Laboratorio							1.80 VA		
Exámenes de Histopatología							1.80 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)							1.10 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)							1.10 VA		
Kinesiología y fisioterapia		Sin Tope					2.00 VA		Sin Tope
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)		Copago diario de \$20.000 Red M1 (Habitación Pluripersonal)			Sin Tope	100%	2.00 VA		Sin Tope
Radioterapia							2.00 VA		
Honorarios Médicos Quirúrgicos							1.30 VA		
Visita Médico Tratante							0.54 UF		
Visita Interconsultor (1.b)							0.54 UF		
Medicamentos en hospitalización (2.e)							6.38 UF		
Materiales Clínicos e Insumos (2.e)							6.38 UF		
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.							0.80 VA		
Traslados médicos (1.i)							0.80 VA		
Quimioterapia (2.d)							Cobertura Libre Elección		
						80%	0.80 VA	Sin Tope	
						70%	9.45 UF	Sin Tope	
PRESTACIONES AMBULATORIAS									
Consulta Médica		(1.a.2) \$ 3000			Sin Tope	70%	0.25 UF		Sin Tope
Consulta Oftalmológica		(1.a.2) \$ 3000					0.39 UF		
Exámenes de Laboratorio							1.26 VA		
Exámenes de Histopatología							1.26 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)		70 % Sin Tope Red UC1 y M1 (1.a.2)			3.50 UF	70%	0.77 VA		3.50 UF
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)							0.77 VA		
Kinesiología y fisioterapia							1.40 VA		
Pabellón Ambulatorio(1.d)							1.05 VA		
Procedimientos (1.c)		Sin Tope			Sin Tope	70%	1.40 VA		Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)							0.91 VA		
Atención integral de enfermería (2.f)							1.40 VA		
Atención integral de nutricionista							1.40 VA		
Fonoaudiología		1.82 UF					1.40 VA		1.82 UF
Prótesis y Ortesis		Cobertura Libre Elección				80%	0.80 VA	Sin Tope	
Radioterapia						70%	1.40 VA	Sin Tope	
Quimioterapia (2.d)						70%	9.45 UF	Sin Tope	
PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):		Cobertura Libre Elección				40%	1.00 VA	7.00 UF	
PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):									
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre						40%			
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer								12.00 UF	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)									
Consulta Psiquiatría		Cobertura Libre Elección				50%	0.20 UF		1.00 UF
Psiquiatría Ambulatoria							0.20 UF		1.00 UF
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria							0.20 UF		1.00 UF
Día Cama Psiquiatría							1.50 VA		6.00 UF
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)						80%	1.60 VA	6.00 UF	
Día Cama Clínica de Recuperación						100%	1.50 VA	5.63 UF	
Otras Prestaciones (Restricciones)		Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica , psicológica , fonoaudiológica, radioterapia y prótesis y atención dental.							
Prestaciones Restringidas de Maternidad		La Cobertura restringida de Parto Cesárea y Aborto corresponden a las prestaciones referidas al embarazo (parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalizaciones por complicaciones del embarazo) cuya cobertura corresponderá al mayor valor resultante entre el 25% de lo estipulado en el Plan de Salud Complementario para la libre elección y la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a todas las prestaciones contempladas en el Arancel. Se deja constancia que para este tipo de Planes, no será aplicable la cobertura proporcional a la que alude el inciso segundo letra g) párrafo segundo del artículo 189 del D.F.L.N°1, de 2005, de Salud.							
OTRAS COBERTURAS (2.c)									
Box ambulatorio (2.a)(1.d)		70 % Sin Tope Red UC1 y M1				70%	1.05 VA		Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios (1.j)		Cobertura Libre Elección					0.44 UF		
Óptica (1.h)		Cobertura Libre Elección				80%	0.80 VA		0.32 UF
Traslados (1.i)						80%	0.80 VA		Sin Tope
Consulta a Domicilio						70%	0.38 UF		Sin Tope
Ecotomografía en Control del Embarazo						70%	0.77 VA		1.18 UF
Cobertura Internacional (1.l)		La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional Libre Elección, esto es, en función del Arancel ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. vigente y procedimientos de bonificación del Plan contratado.							
ATENCIONES DE URGENCIA									
Consulta Urgencia (1.g)		(1.a.2) \$ 6000				70%	0.38 UF		Sin Tope
Atenciones de Urgencia: EXS, RX, TAC, ECO, RNM, PRO, HMQ, DPA, (2)		Según cobertura ambulatoria preferente del plan en Hosp. Cl. U. Católica							
PRESTADORES DERIVADOS (1.a.3)									
Consulta Urgencia (1.g)		Prestadores Red Hospitalaria							
Prestaciones Ambulatorias		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			