

**Nombre:** CRUZBLANCA ON ESP 9600 1118

**FUN N°:** \_\_\_\_\_

**Código:** 1ONE961118

**Tipo de Plan:** INDIVIDUAL

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE COBERTURA MATERNAL REDUCIDA**

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, 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	100% Sin Tope Clínicas Bupa Santiago, Dávila, RedSalud Santiago, RedSalud Providencia	27.00 UF		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)									
Quimioterapia (2.d)			50.00 UF	75.00 UF					
AMBULATORIAS									
Consulta médica	80% Sin Tope Integramédica RED A1: Clínicas Santa María, Indisa, 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)					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)	70%	70%		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.l)				Sólo Cobertura Libre Elección.	40%	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 (1.a.3)									
Día Cama Psiquiatría	Sólo Cobertura Libre Elección.	90%	90%					2.40 UF	10.00 UF
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)								8.75 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas								3.50 VA	
Día Cama Clínica de Recuperación								1.40 UF	
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik)	25% de la cobertura general del plan.								
PET-CT (2.e)									
Prestaciones referidas al embarazo (parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalizaciones por complicaciones del embarazo)									
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 Clínico Universidad de Chile								
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR	Hospital Clínico Universidad de Chile								
AMBULATORIA	Hospital Clínico 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.