

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 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.

**PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESAREA.**

(parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalización por diagnóstico de amenaza de parto prematuro o aborto)

"Durante la vigencia del presente plan, la isapre estará obligada a aceptar el cambio que el (la) cotizante le solicite, a condición que en la Declaración de Embarazo éste(a) deberá suscribir con este sólo objeto, se consigne que la cotizante o beneficiaria, según sea el caso, no se encuentra embarazada. El (la ) cotizante tendrá derecho a optar, al menos, entre los siguientes planes de salud: i) Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquel que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida, caso en el cual podrán efectuarse los ajustes que correspondan en relación a los restantes beneficios del nuevo plan. ii) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y que otorgue o aumente la cobertura de parto, caso en el cual podrán realizarse los ajustes pertinentes en relación al precio del nuevo plan."

**II. PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO**

CODIGO DE PLAN	TF07D07090	NOMBRE		TODO FAMILIA D 07 - 7090		
TIPO DE PLAN	INDIVIDUAL			MATRIMONIAL		
PRESTACIONES HOSPITALIZADAS	% DE BONIF. VALOR REAL	TOPE BONIFICACION		MAX BONIF AÑO/BENEFIC. ( UF)	AMPLIACION DE COBERTURA (1) (ORDENES DE ATENCION)	
		( UF)	VECES EL ARANCEL			
Día Cama	90	Sin Tope				
Día Cama Unidad Intermedia	90	Sin Tope				
Día Cama Unidad Tratamiento Intensivo (Adulto)	90	Sin Tope				
Día Cama Unidad Tratamiento Intensivo (Ped-Neo)	90	Sin Tope				
Día Cama Clínica Recuperación	90	54,00		54,00		
Día Cama Psiquiatría (4)	90	10,86				
Atención Psiquiátrica Hospitalizada (4)	90		2,90	10,86		
Consulta Médica En Hospitalización (1)	90	1,74				
Derecho De Pabellón	90		Sin Tope			
Exámenes De Laboratorio	90		Sin Tope			
Exámenes Radiológicos (Rx-Tac-Rnm-Ecot)	90		Sin Tope			
Procedimientos Diagnósticos Y Terapéuticos (3)	90		Sin Tope			
Fonoaudiología	90	18,72		18,72		
Kinesiología, Med.Física Y Rehabilitación	90	36,00		36,00		
Honorario Médico Quirúrgico	90		8,05			
Medicamento, Insumo, Mat. Clínico (2)	90	Sin Tope				
<b>PRESTACIONES AMBULATORIAS</b>						
Día cama Ambulatorio	70		11,20			
Consulta Médica General Y Especialidades	70	0,90				
Oftalmología	70	1,40				
Urgencia	70	1,35				
Consulta Y Procedimiento Psiquiátrico Y Psicológico	70		2,25	2,25		
Exámenes De Laboratorio	70		1,58			
Exámenes Radiológicos (Rx-Tac-Rnm-Ecot)	70		1,58			
Procedimientos Diagnósticos Y Terapéuticos (3)	70		1,75			
Fonoaudiología	70		1,75	2,28		
Kinesiología, Med.Física Y Rehabilitación	70		1,75	4,38		
Honorario Médico Quir. Ambulatorio	70		6,26			
Derecho De Pabellón	70		11,20			
Medicamentos Ambulatorios (7)	70	4,38				
<b>OTRAS PRESTACIONES</b>						
Protesis, Ortesis, Y Elemento De Osteosíntesis	70		7,00			
Traslados (5)	70		7,29			
Cristal Óptico (6)	70	0,88		0,88		
Drogas Citotóxicas administradas en ciclos de Quimioterapia Tope Mensual	70	35,00				

**NOTAS ADICIONALES**

Se excluye de la cobertura libre elección las prestaciones referidas al embarazo ( parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalización por diagnóstico de amenaza de parto prematuro o aborto ). Cada una de los gastos asociados a estos diagnósticos, estarán afectos a una cobertura de un 25% de lo estipulado en el Plan de Salud para la Libre Elección. Se deja constancia que para este tipo de Planes, no será aplicable la cobertura proporcional que alude el inciso II del artículo 33 letra f) de la Ley N°18.933".

(1) Se bonifica visita interconsulta , sólo con indicación del médico tratante.

(2) Por evento a cada beneficiario.

(3) 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.

(4) El tope anual indicado para Psiquiatría hospitalizada incluye cualquier otra prestación de la especialidad que se de durante la hospitalización. No incluye y no tiene cobertura los medicamentos.

(5) Con indicación médica justificada.

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

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

La cobertura Internacional ambulatoria se rige por los porcentajes, topes y bonificaciones máximas citadas precedentemente. La cobertura Internacional hospitalaria de los items afectos al 90% Sin Tope, tendrán un tope de bonificación de un 90% del arancel de la Clínica de mayor valor en Chile, con tope de medicamentos de 540 UF.

TABLA DE FACTORES SEXO EDAD N° 22					
EDAD		Cotizante		Cónyuge	Cargas
M		Hombre	Mujer	Mujer	Hombre
E					Mujer
S	0 a 11	1,00	1,40	1,40	2,50
	12 a 23	1,00	1,40	1,40	1,25
	2 a 17	1,00	1,40	1,40	0,60
	18 a 23	1,00	1,40	1,19	0,70
A	24 a 34	1,00	2,31	1,82	1,00
	35 a 44	1,20	1,89	1,40	1,40
	45 a 47	1,50	1,89	1,26	2,00
	48 a 55	1,70	2,70	1,80	2,20
N	56 a 59	3,00	3,00	2,50	2,80
	60 a 69	3,50	3,50	2,80	3,00
	70 a 79	4,00	3,50	3,00	4,00
	80 y más	4,50	4,00	4,00	4,50

Tope General Por Beneficiario	Nombre del Arancel	Unidad
Contratante - Carga Legal - Carga Médica	ISAPRE CRUZ BLANCA - 9	U.F.
Sin Tope		

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.)

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