

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO								
MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE COBERTURA MATERNAL REDUCIDA								
CODIGO DE PLAN :		FUC8E08018		NOMBRE :		MASTER 8 - ESPECIAL 018		
TIPO DE PLAN :		INDIVIDUAL					FUN Nº	
PRESTACIONES		OFERTA PREFERENTE (1.a) (1.a.1) (1.a.2)			Tope max.		LIBRE ELECCIÓN	
		% Bonif.	Tope Bonificación	Copago Fijo	Año/Ben./UF (2.b)	% Bonif.	Tope Bonificación	Tope max. Año/Ben./UF (2.b)
<b>HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA</b>								
Día Cama Especialidades		<b>Copago diario de \$65.000 Red UC1 (Habitación Doble)</b>			Sin Tope	100%	1.50 VA	
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	
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)		<b>Copago diario de \$20.000 Red M1 (Habitación Pluripersonal)</b>			Sin Tope	2.00 VA		
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)						<b>Cobertura Libre Elección</b>		
<b>PRESTACIONES AMBULATORIAS</b>								
Consulta Médica		(1.a.2)	\$ 2500	Sin Tope	80%	0.29 UF		
Consulta Oftalmológica		(1.a.2)	\$ 2500			0.45 UF		
Exámenes de Laboratorio		<b>80 % Sin Tope Red UC1 y M1 (1.a.2)</b>				1.44 VA		
Exámenes de Histopatología						1.44 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						0.88 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						0.88 VA		
Kinesiología y fisioterapia						1.60 VA		
Pabellón Ambulatorio(1.d)						1.20 VA		
Procedimientos (1.c)						1.60 VA		
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)						1.04 VA		
Atención integral de enfermería (2.f)						1.60 VA		
Atención integral de nutricionista						1.60 VA		
Fonoaudiología		2.08 UF			1.60 VA			
Prótesis y Ortesis		<b>Cobertura Libre Elección</b>			80%	0.80 VA		
Radioterapia						1.60 VA		
Quimioterapia (2.d)						10.80 UF		
<b>PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):</b>		<b>Cobertura Libre Elección</b>			40%	1.00 VA		
<b>PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):</b>								
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre					40%	1.00 VA		
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer						4.00 UF		
						12.00 UF		
<b>PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)</b>								
Consulta Psiquiatría		<b>Cobertura Libre Elección</b>			50%	0.20 UF		
Psiquiatría Ambulatoria						0.20 UF		
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria						0.20 UF		
Día Cama Psiquiatría					100%	1.50 VA		
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)						1.60 VA		
Día Cama Clínica de Recuperación						1.50 VA		
Otras Prestaciones (Restricciones)		Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica , psicológica , fonoaudiológica, radioterapia y prótesis y atención dental.						
<b>Prestaciones Restringidas de Maternidad</b>		<b>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.</b>						
<b>OTRAS COBERTURAS (2.c)</b>								
Box ambulatorio (2.a)(1.d)		<b>80 % Sin Tope Red UC1 y M1</b>			80%	1.20 VA		
Medicamentos Ambulatorios (1.j)		<b>Cobertura Libre Elección</b>				0.50 UF		
Óptica (1.h)		<b>Cobertura Libre Elección</b>			80%	0.80 VA		
Traslados (1.i)					80%	0.80 VA		
Consulta a Domicilio					80%	0.43 UF		
Ecotomografía en Control del Embarazo					80%	0.88 VA		
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.						
<b>ATENCIONES DE URGENCIA</b>								
Consulta Urgencia (1.g)		(1.a.2)	\$ 5000			80%	0.43 UF	
Atenciones de Urgencia: EXS, RX, TAC, ECO, RNM, PRO, HMQ, DPA, (2)		Según cobertura ambulatoria preferente del plan en Hosp. Cl. U. Católica						
<b>PRESTADORES DERIVADOS (1.a.3)</b>								
Consulta Urgencia (1.g)		Prestadores Red Hospitalaria						
Prestaciones Ambulatorias		Prestadores Red Ambulatoria						
Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria		Prestadores Red Hospitalaria						
<b>VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE</b>								
<b>Fono CruzBlanca 600 818 0000</b>						<b><a href="http://www.cruzblanca.cl">www.cruzblanca.cl</a></b>		