

<div><div><div>CruzBlanca</div><div><div>PARTE DE</div><div>Red UC1</div></div></div><div>PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE</div></div>											
CODIGO DE PLAN :			IPMUC1A018			NOMBRE :		PREFERENTE MASTER UC PLUS A 7090-506 A018			
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 \$50.000 Red UC1 (Habitación Doble)			Sin Tope		90%		1.35 VA	Sin Tope
Día Cama Cuidado Intensivo o Coronarios										1.35 VA	
Día Cama Cuidados Intermedios										1.35 VA	
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia										1.35 VA	
Día Cama Observación - Recuperación										1.35 VA	
Derecho de Pabellón										1.35 VA	
Exámenes de Laboratorio			Copago diario de \$15.000 Red M1 (Habitación Pluripersonal)			Sin Tope		90%		1.62 VA	Sin Tope
Exámenes de Histopatología										1.62 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)										0.99 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)										0.99 VA	
Kinesiología y fisioterapia										1.80 VA	
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)										1.80 VA	
Radioterapia			Sin Tope			Sin Tope		90%		1.80 VA	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos										1.17 VA	
Visita Médico Tratante										0.49 UF	
Visita Interconsultor (1.b)										0.49 UF	
Medicamentos en hospitalización (2.e)										5.74 UF	
Materiales Clínicos e Insumos (2.e)										5.74 UF	
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.			Cobertura Libre Elección				70%		0.70 VA	Sin Tope	
Traslados médicos (1.i)									1.05 VA		
Quimioterapia (2.d)									9.45 UF		
PRESTACIONES AMBULATORIAS											
Consulta Médica			(1.a.2)	\$ 2000	Sin Tope		70%		0.25 UF	Sin Tope	
Consulta Oftalmológica			(1.a.2)	\$ 2000					0.39 UF		
Exámenes de Laboratorio			75 % Sin Tope Red UC1 y M1 (1.a.2)						1.26 VA		
Exámenes de Histopatología					1.26 VA						
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					0.77 VA						
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		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			1.82 UF		1.40 VA	Sin Tope					
Fonoaudiología					1.40 VA	1.82 UF					
Prótesis y Ortesis					Cobertura Libre Elección		0.70 VA	Sin Tope			
Radioterapia			1.40 VA	Sin Tope							
Quimioterapia (2.d)			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%	1.00 VA	4.00 UF		
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer								12.00 UF			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)											
Consulta Psiquiatría			Cobertura Libre Elección				70%	0.28 UF	1.40 UF		
Psiquiatría Ambulatoria							0.28 UF	1.40 UF			
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria							0.28 UF	1.40 UF			
Día Cama Psiquiatría			90%				1.35 VA	6.75 UF			
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)							1.80 VA	6.75 UF			
Día Cama Clínica de Recuperación							1.35 VA	5.06 UF			
Otras Prestaciones (Restricciones)			Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica, psicológica, fonoaudiológica, radioterapia, prótesis y atención dental.								
OTRAS COBERTURAS (2.c)											
Box ambulatorio (2.a)(1.d)			75 % 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				70%	0.70 VA	0.28 UF		
Traslados (1.i)							70%	1.05 VA	Sin Tope		
Consulta a Domicilio							70%	0.38 UF	Sin Tope		
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)	\$ 5000			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					