



PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

N° FUN

FECHA

LUGAR

NOMBRE:

RUT:

CODIGO DE PLAN :		NOMBRE :			
ILS1279078		PLAN LIBRE SUPER 12 7090-78			
TIPO DE PLAN :					
INDIVIDUAL		MATRIMONIAL			
PRESTACIONES HOSPITALIZADAS	% DE BONIF.	TOPE BONIFICACION		MAX BONIF AÑO/BENEFIC. ( UF)	AMPLIACION DE COBERTURA (ORDENES DE ATENCION)
	VALOR REAL	( UF)	VECES EL ARANCEL		
Día Cama	90		1.53 V.A.		
Derecho de Pabellón	90		1.80 V.A.		
Procedimientos ( a )	90		2.03 V.A.		
Laboratorio	90		1.17 V.A.		
Rayos	90		0.90 V.A.		
Medicamentos en Hospitalización	90	9.18 UF x Evento			
Visita Médico Tratante	90	0.68 UF			
Visita Interconsultor ( b )	90	0.68 UF			
Día Cama Psiquiatría ( c )	90		1.53 V.A.	6.75 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas ( c )	90		1.80 V.A.		
Día Cama Clínica de Recuperación	90		1.53 V.A.	5.74 UF	
Honorarios Médicos Quirúrgicos	90		0.90 V.A.		
PRESTACIONES AMBULATORIAS					
Consulta Médica	70	0.35 UF			
Consulta Oftalmológica	70	0.54 UF			
Consulta Urgencia ( d )	70	0.53 UF			
Consulta Domicilio	70	0.53 UF			
Psiquiatría Ambulatoria	70	0.28 UF		1.40 UF	
Psicología Ambulatoria	70	0.28 UF		1.40 UF	
Día Cama	70		1.19 V.A.		
Honorarios Médicos Ambulatorios	70		0.70 V.A.		
Derecho de Pabellón	70		1.40 V.A.		
Procedimientos ( a )	70		1.58 V.A.		
Fonoaudiología	70		1.58 V.A.	2.05 UF	
Kinesiterapia	70		1.58 V.A.	3.94 UF	
Laboratorio	70		0.91 V.A.		
Rayos	70		0.70 V.A.		
Ecotomografía En Control de Embarazo	70		0.70 V.A.	1.07 UF	
Medicamentos Ambulatorios ( e )	70	0.70 UF			
OTRAS PRESTACIONES					
Óptica ( f )	70		1.58 V.A.	0.63 UF	
Prótesis	70		1.58 V.A.		
Traslados	70		1.26 V.A.		
Drogas Citotóxicas administradas en ciclos de Quimioterapia Tope Mensual	70	18.90 UF			

**NOTAS EXPLICATIVAS**

a) 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.

b) Se cancela visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.

c) El tope anual indicado para psiquiatría hospitalizada incluye cualquier otra prestación de la especialidad que se dé durante la hospitalización. No incluye y no tiene cobertura los medicamentos . Cada una de las prestaciones incluidas en la línea de cobertura "Prestaciones Psiquiátricas hospitalarias" tendrán una cobertura igual o superior a la cobertura que otorga Fonasa en la modalidad de Libre elección.

d) Cobertura Urgencia sólo en atenciones otorgadas en Servicios de Urgencia.

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

f) Corresponderá la bonificación de marcos y cristales sólo con la presentación de la receta médica respectiva.

La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional, esto es en función del Arancel ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. vigente y procedimientos de bonificación del Plan contratado.

TABLA DE FACTORES SEXO EDAD N° 536				
Edad (Años)	Contratante		Cargas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0 a menos de 2	1.75	1.75	1.75	1.75
2 a menos de 5	0.95	0.80	0.95	0.80
5 a menos de 10	0.65	0.55	0.65	0.55
10 a menos de 15	0.55	0.55	0.55	0.55
15 a menos de 20	0.60	0.70	0.55	0.65
20 a menos de 25	0.60	1.40	0.55	1.15
25 a menos de 30	0.80	2.15	0.60	1.55
30 a menos de 35	1.00	2.65	0.75	1.90
35 a menos de 40	1.25	2.55	0.90	1.75
40 a menos de 45	1.35	2.25	1.00	1.55
45 a menos de 50	1.60	2.45	1.20	1.70
50 a menos de 55	1.80	2.70	1.35	1.90
55 a menos de 60	2.40	3.00	1.85	2.05
60 a menos de 65	3.10	3.50	2.65	2.50
65 a menos de 70	3.60	3.70	3.30	3.00
70 a menos de 75	4.20	3.80	3.95	3.50
75 a menos de 80	4.80	4.50	4.50	4.50
80 y mas	5.20	4.50	5.20	4.50

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.)

Tope General por Beneficiario		Nombre del Arancel	Unidad
Contratante/Carga Legal	Carga Médica		
1500 UF	750 UF		

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