

|   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
|---|--|--|---|-------------------|-------------------|-------------------|----------|------------------------|--------------------------------|---------|--|
| <div><div><div><div><div></div><div>CruzBlanca</div></div><div><div>PARTE DE</div><div>Red Cruz Blanca</div></div></div><div><div>PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO</div><div>MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE</div></div></div></div> |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| CODIGO DE PLAN :  |  |  | 30P3001018  |                   |                   | NOMBRE :          |          | OPTIMUS PLUS 3000 1018 |                                |         |  |
| 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.<br>Año/Ben./UF (2.b) |         |  |
| HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Día Cama Especialidades   |  |  | Copago diario de \$50.000<br>Red Optimus C2<br>(Habitación Doble)   |                   |                   | Sin Tope          |          | 1.35 VA                |                                |         |  |
| 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   |  |  |   |                   |                   |                   |          | 1.62 VA                |                                |         |  |
| Exámenes de Histopatología  |  |  |   |                   |                   |                   |          | 1.62 VA                |                                |         |  |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)  |  |  |   |                   |                   |                   |          | 0.99 VA                |                                |         |  |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)   |  |  |   |                   |                   |                   |          | 1.29 VA                |                                |         |  |
| Kinesiología y fisioterapia   |  |  | Sin Tope  |                   | 90%               |                   | 1.80 VA  |                        |                                |         |  |
| Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)  |  |  | Sin Tope  |                   |                   |                   | 1.80 VA  |                        |                                |         |  |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos  |  |  |   |                   |                   |                   | 1.17 VA  |                        |                                |         |  |
| Visita Médico Tratante  |  |  |   |                   |                   |                   | 0.49 UF  |                        |                                |         |  |
| Visita Interconsultor (1.b)   |  |  |   |                   |                   |                   | 0.49 UF  |                        |                                |         |  |
| Medicamentos en hospitalización (2.g)   |  |  |   |                   |                   |                   | 4.30 UF  |                        |                                |         |  |
| Materiales Clínicos e Insumos (2.g)   |  |  | 100% 30 UF  |                   |                   |                   | 1.08 UF  |                        |                                |         |  |
| Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.   |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   |                   | 70%      |                        | 0.70 VA                        |         |  |
| Traslados médicos (1.i)   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        | 1.05 VA                        |         |  |
| Quimioterapia (2.d)   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        | Sin Tope                       |         |  |
| PRESTACIONES AMBULATORIAS   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Consulta Médica   |  |  | (1.a.2)   | \$ 3000           | Sin Tope          |                   | 70%      |                        | 0.25 UF                        |         |  |
| Consulta Oftalmológica  |  |  | (1.a.2)   | \$ 6000           |                   |                   |          |                        | 0.32 UF                        |         |  |
| Exámenes de Laboratorio   |  |  | 75 % Sin Tope<br>Red C1 y C2 (1.a.2)  |                   |                   |                   |          |                        | 1.26 VA                        |         |  |
| Exámenes de Histopatología  |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        | 1.26 VA                        |         |  |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)  |  |  | 80% Sin Tope<br>Red Ambulatoria (1.a.3)<br>Sólo Ex. Laboratorio e Imágenes<br>(Excluye Resonancias)   |                   |                   | 0.77 VA           |          | 3.50 UF                |                                |         |  |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)   |  |  |   |                   |                   | 1.00 VA           |          |                        |                                |         |  |
| Kinesiología y fisioterapia   |  |  |   |                   |                   | 1.40 VA           |          |                        |                                |         |  |
| Pabellón Ambulatorio(1.d)   |  |  |   |                   |                   | 1.05 VA           |          |                        |                                |         |  |
| Procedimientos (1.c)  |  |  |   |                   |                   | 1.40 VA           |          | Sin Tope               |                                |         |  |
| Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)  |  |  |   |                   |                   | 0.91 VA           |          |                        |                                |         |  |
| Atención integral de enfermería (2.h)   |  |  |   |                   |                   | 1.40 VA           |          |                        |                                |         |  |
| Atención integral de nutricionista  |  |  |   |                   |                   | 1.40 VA           |          | Sin Tope               |                                |         |  |
| Fonoaudiología  |  |  |   |                   |                   | 1.82 UF           |          | 1.40 VA                |                                | 1.82 UF |  |
| Prótesis y Ortesis  |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   | 70%               |          | 0.70 VA                |                                |         |  |
| Radioterapia  |  |  |   |                   |                   |                   |          | Sin Tope               |                                |         |  |
| Quimioterapia (2.d)   |  |  |   |                   |                   |                   |          | Sin Tope               |                                |         |  |
| PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):  |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   | 40%               |          | 1.00 VA                |                                |         |  |
| PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre  |  |  |   |                   |                   | 40%               |          | 1.00 VA                |                                |         |  |
| Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer   |  |  |   |                   |                   |                   |          | 4.00 UF<br>12.00 UF    |                                |         |  |
| PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Consulta Psiquiatría  |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   | 70%               |          | 0.28 UF                |                                |         |  |
| Psiquiatría Ambulatoria   |  |  |   |                   |                   |                   |          | 0.28 UF                |                                |         |  |
| Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria  |  |  |   |                   |                   |                   |          | 0.28 UF                |                                |         |  |
| Día Cama Psiquiatría  |  |  |   |                   |                   | 90%               |          | 1.35 VA                |                                |         |  |
| Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)   |  |  |   |                   |                   |                   |          | 1.80 VA                |                                |         |  |
| Día Cama Clínica de Recuperación  |  |  |   |                   |                   |                   |          | 1.35 VA                |                                |         |  |
| Otras Prestaciones (Restricciones) (2.e) (2.f)  |  |  | Se exceptúa de la cobertura preferencial la atención psiquiátrica, psicológica, prótesis, traslados, atención dental, cirugía fotorrefractiva (lasik), tratamientos de Infertilidad, tratamientos con drogas biológicas y cirugía bariátrica o de obesidad, otorgándose sólo cobertura en modalidad Libre Elección. |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| OTRAS COBERTURAS (2.c)  |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Box ambulatorio (2.a)(1.d)  |  |  | 75 % Sin Tope<br>Red C1 y C2  |                   |                   | 70%               |          | 1.05 VA                |                                |         |  |
| Medicamentos Ambulatorios (1.j)   |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   |                   |          | 0.44 UF                |                                |         |  |
| Óptica (1.h)  |  |  | Cobertura Libre Elección  |                   |                   | 70%               |          | 0.70 VA                |                                |         |  |
| Traslados (1.i)   |  |  |   |                   |                   | 70%               |          | 1.05 VA                |                                |         |  |
| Cobertura Internacional (1.l)   |  |  | 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.  |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| ATENCIONES DE URGENCIA  |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Consulta Urgencia (1.g)   |  |  | (1.a.2)   | \$ 6000           |                   |                   | 70%      | 0.32 UF                | Sin Tope                       |         |  |
| Atenciones de Urgencia: EXS, RX, TAC, ECO, RNM, PRO, HMQ, DPA. (2)  |  |  | Según cobertura ambulatoria preferente del plan en Red C1 y C2  |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| PRESTADORES DERIVADOS (1.a.4)   |  |  |   |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Consulta Urgencia (1.g) (1.a.5)   |  |  | Prestadores Red Hospitalaria  |                   |                   |                   |          |                        |                                |         |  |
| Prestaciones Ambulatorias (1.a.3)   |  |  | 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 |                   |          |                        |                                |         |  |