

**Nombre:** CRUZBLANCA ON ESP 9600 119

FUN N°: \_\_\_\_\_

**Código: 1ONE960119**

Tipo de Plan: INDIVIDUAL

**PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE COBERTURA MATERNAL REDUCIDA**

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (1.a)		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)	LIBRE ELECCIÓN		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)
	%	Tope		%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (1.a.2.3)						
Día Cama	90% Sin Tope Clínicas Alemana de Santiago, U. de Los Andes, UC San Carlos, Santa María, Indisa, Hospital Clínico UC, RedSalud Vitacura	Sin Tope	90%	7.00 UF	Sin Tope	
Día Cama Cuidados Intensivos o coronarios				10.50 UF		
Día Cama Cuidados intermedios				10.50 UF		
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia				3.50 UF		
Día Cama Observación-Recuperación				7.00 VA		
Derecho de Pabellón				3.50 VA		
Exámenes de Laboratorio				1.80 VA		
Exámenes de Histopatología				1.98 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				1.80 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				1.60 VA		
Kinesiología y fisioterapia				2.95 VA		8.85 UF
Medicamentos (2.g)				35.00 UF		
Materiales e insumos clínicos (2.g)				22.75 UF		Sin Tope
Procedimientos (**)(1.c)	2.40 VA					
Honorarios médicos quirúrgicos (**)	2.80 VA					
Visita por médico tratante (**) (1.b)	1.00 UF					
Visita por médico interconsultor (**) (1.b)	1.00 UF					
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	4.40 VA	70%	4.42 VA	75.00 UF		
Traslados Médicos (1.i)	Sólo Cobertura Libre Elección.					
Drogas Biológicas (2.f)						
Quimioterapia (2.d)			50.00 UF			
AMBULATORIAS						
Consulta médica	80% Sin Tope Integramédica RED A1: Clínicas Santa María, Indisa, Hospital Clínico UC, RedSalud Vitacura, Bupa Santiago, Dávila, RedSalud Santiago, RedSalud Providencia	70%	1.00 UF	1.00 UF	Sin Tope	
Consulta oftalmológica				1.00 UF		
Exámenes de Laboratorio				1.20 VA		
Exámenes de Histopatología				1.32 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				1.40 VA		
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)				2.40 VA		
Procedimientos (1.c)				2.40 VA		
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)				2.20 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				1.20 VA		
Atención integral de enfermería (2.h)				2.40 VA		
Atención integral de nutricionista				2.40 VA		7.92 UF
Kinesiología y fisioterapia				2.50 VA		8.85 UF
Consulta psiquiatría				0.60 UF		7.50 UF
Psiquiatría ambulatoria	1.20 VA	7.50 UF				
Consulta psicología - Psicología ambulatoria	1.20 VA	7.50 UF				
Fonoaudiología	3.50 VA	8.25 UF				
Radioterapia	2.40 VA	Sin Tope				
Quimioterapia (2.d)	50.00 UF	75.00 UF				
Prótesis y órtesis	4.40 VA	Sin Tope				
Prestaciones dentales (PAD) (1.i)	40%	1.00 VA	7.00 UF			
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):						
Fertilización asistida baja complejidad Hombre			4.00 UF			
Fertilización asistida baja complejidad Mujer			12.00 UF			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS						
Día Cama Psiquiatría (1.a.3)	Sólo Cobertura Libre Elección.	90%	2.40 UF	10.00 UF		
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f) (1.a.3)			8.75 UF			
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.a.3)			3.50 VA			
Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.3)			1.40 UF			
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik)	25% de la cobertura general del plan.					
PET-CT (2.e)						
Prestaciones referidas al embarazo (parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalizaciones por complicaciones del embarazo)						
OTRAS COBERTURAS						
Box ambulatorio (1.d)	80% Sin Tope RED A1 70% Sin Tope RED A2	70%	3.00 VA	Sin Tope		
Medicamentos ambulatorios (1.j)			1.20 UF			
Óptica (1.h)	Sólo Cobertura Libre Elección.	70%	1.20 UF	1.20 UF		
Traslados médicos (1.i)			4.42 VA	Sin Tope		
Cobertura internacional (1.k)	La cobertura internacional se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la libre elección y está afect a un tope anual por beneficiario de UF 1.000.					
ATENCIONES DE URGENCIA (1.a.2.5) (1.g)						
Consulta de Urgencia (1.a.2.4)	80% Sin Tope RED A1 70% Sin Tope RED A2	70%	1.00 UF	Sin Tope		
RNM – PRO – HMq – DPA						
EXS – RX – TAC – ECO						
Medicamentos ambulatorios (1.j)						
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)						
PRESTACIONES AMBULATORIAS	Hospital Clínico Universidad de Chile					
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA	Hospital Clínico Universidad de Chile					
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE						