

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO													
MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE COBERTURA MATERNAL REDUCIDA													
CODIGO DE PLAN :			HUC6E06018			NOMBRE :		MASTER 6 - ESPECIAL 60/90 018					
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)				
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA													
Día Cama Especialidades			Copago diario de \$65.000 Red UC1 (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)								0.99 VA					
Kinesiología y fisioterapia			Sin Tope		1.80 VA		Sin Tope						
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)			Sin Tope		90%		1.80 VA						
Radioterapia							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.e)							5.74 UF						
Materiales Clínicos e Insumos (2.e)							5.74 UF						
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.							0.60 VA						
Traslados médicos (1.i)							0.60 VA						
Quimioterapia (2.d)							Cobertura Libre Elección		60%		8.10 UF		
PRESTACIONES AMBULATORIAS													
Consulta Médica			(1.a.2)		\$ 4000	Sin Tope		0.22 UF					
Consulta Oftalmológica			(1.a.2)		\$ 4000			0.33 UF					
Exámenes de Laboratorio			60 % Sin Tope Red UC1 y M1 (1.a.2)		1.08 VA								
Exámenes de Histopatología					1.08 VA								
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					0.66 VA								
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					0.66 VA								
Kinesiología y fisioterapia					1.20 VA								
Pabellón Ambulatorio(1.d)					0.90 VA								
Procedimientos (1.c)					1.20 VA								
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)					0.78 VA								
Atención integral de enfermería (2.f)					1.20 VA								
Atención integral de nutricionista					1.20 VA		Sin Tope						
Fonoaudiología			1.56 UF		1.20 VA		1.56 UF						
Prótesis y Ortesis			Cobertura Libre Elección				0.60 VA		Sin Tope				
Radioterapia							1.20 VA		Sin Tope				
Quimioterapia (2.d)							8.10 UF		Sin Tope				
PRESTACIONES DENTALES PAD (1.k):			Cobertura Libre Elección				40%		1.00 VA				
PRESTACIONES FERTILIZACIÓN PAD (1.e):							40%		1.00 VA				
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre							40%		1.00 VA				
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer							4.00 UF		12.00 UF				
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.m)													
Consulta Psiquiatría			Cobertura Libre Elección				50%		0.20 UF	1.00 UF			
Psiquiatría Ambulatoria							0.20 UF		1.00 UF				
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria							0.20 UF		1.00 UF				
Día Cama Psiquiatría							90%		1.35 VA	6.00 UF			
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.f)							80%		1.60 VA	6.00 UF			
Día Cama Clínica de Recuperación							90%		1.35 VA	5.06 UF			
Otras Prestaciones (Restricciones)							Se exceptúa de esta cobertura preferencial la atención psiquiátrica , psicológica , fonoaudiológica, radioterapia y prótesis y atención dental.						
Prestaciones Restringidas de Maternidad							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.						
OTRAS COBERTURAS (2.c)													
Box ambulatorio (2.a)(1.d)							60 % Sin Tope Red UC1 y M1				60%		0.90 VA
Medicamentos Ambulatorios (1.j)			Cobertura Libre Elección				60%		0.38 UF				
Óptica (1.h)			Cobertura Libre Elección				60%		0.60 VA	0.24 UF			
Traslados (1.i)							60%		0.60 VA	Sin Tope			
Consulta a Domicilio							60%		0.32 UF	Sin Tope			
Ecotomografía en Control del Embarazo							60%		0.66 VA	1.01 UF			
Cobertura Internacional (1.I)			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)		\$ 8000	60%		0.32 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								