

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

PLAN CON COBERTURA MATERNAL REDUCIDA

PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESÁREA, ABORTO, EMBARAZO ECTOPICO, HOSPITALIZACIÓN POR AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

Durante la vigencia del presente plan, la isapre estará obligada a aceptar el cambio que el (la) cotizante le solicite. El (la) cotizante tendrá derecho a optar a incorporarse, dentro de los planes que comercialice la Isapre al menos, entre los siguientes planes de salud:

i) Un plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquel que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida, caso en el cual podrán efectuarse los ajustes que correspondar en relación a los restantes beneficios del nuevo plan.

ii) Un plan de salud que mantenga los beneficios del plan que se sustituye y que otorgue o aumente la cobertura de parto, caso en el cual podrán realizarse los ajustes pertinentes en relación al precio

del nuevo plan.										
CODIGO DE PLAN : 2PSE5007		NOMBRE :			PREFERENTE SANTIAGO ESPECIAL 5000 17					
			INDIVIDUAL				FUN Nº			
PRESTACIONES			1.:	a) OFERTA PR		Tope má:	Tope máximo		BRE ELECCIÓN	
			PRESTADORES Bonificación		año contra Benefici	to por		Bonificación	Tope máximo año contrat por Beneficiario (2.b)	
			%	Tope	Copago Fijo	(2.b)		%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULAT	ORIA									
Día Cama Especialidades Día cama Cuidados Intensivos o Coronarios Día cama Cuidados Intermedios Día Cama Sala Cuna-Fototerapia Día Cama Observación-Recuperación Derecho de Pabellón Exámenes de Laboratorio Exámenes de Histopatología Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)			Clínica Avansalud. 50% Sin Tope			Sin To	ppe	80	6.00 UF 9.00 UF 9.00 UF 3.00 UF 2.00 VA 3.00 VA 1.52 VA 1.67 VA 2.10 VA	Sin Tope
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)			Clínica Santa María, Clínica Tabancura y Clínica Indisa. 15.00 UF						1.68 VA	7.50 UE
Kinesiología y fisioterapia Medicamentos en hospitalización (2.g) Materiales Clínicos e Insumos (2.g) Visita Médico Tratante (**) Visita Interconsultor (**) (1.b) Honorarios Médicos Quirúrgicos (**) Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (**) (1.c)) HMQ Médi		Sin To			2.40 VA 30.00 UF 30.00 UF 0.60 UF 0.60 UF 2.30 VA 2.40 VA	7.50 UF Sin Tope
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis. Traslados Médicos (1.i)									2.64 VA 3.04 VA	
Drogas Biológicas (2.f)		Sólo Cobertura Libre Elección					80	8.00 UF	40.00 UF	
Quimioterapia (2.d)							8.00 UF	40.00 UF		
PRESTACIONES AMBULATORIAS			1							
Consulta Médica Consulta Oftalmológica Exámenes de Laboratorio Exámenes de Histopatología Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) Pabellón Ambulatorio (1.d) Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d) Procedimientos (1.c)		70% Sin Tope Integramedica, Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Clínica Avansalud. 50% Sin Tope Clínica Santa María y Clínica Indisa.				io y	70	0.50 UF 0.50 UF 1.50 VA 1.65 VA 1.70 VA 1.52 VA 2.80 VA 2.21 VA 2.00 VA	Sin Tope	
Kinesiología y fisioterapia								70	2.00 VA	7.50 UF 7.50 UF
Fonoaudiología Consulta Psiquiatría									2.00 VA 0.50 UF	7.50 UF
Psiquiatría Ambulatoria									3.00 VA	7.50 UF
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria Quimioterapia (2.d)			Sólo Cobertura Libre Elección						3.00 VA 8.00 UF	7.50 UF 40.00 UF
Radioterapia									2.00 VA	
Prótesis y Órtesis Atención integral de enfermería (2.h)									2.64 VA 2.00 VA	Sin Tope
Atención integral de nutricionista (2.h)									2.00 VA	6.60 UF
Prestaciones Dentales PAD (1.e)										7.00 UF
Prestaciones Fertilización PAD (1.I):								40	1.00 VA	
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombro	Э		1							4.00 UF
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer COBERTURA REDUCIDA DE PARTO, CESÁREA, ABOR	TO									12.00 UF
Día cama Maternidad Pabellón Medicamentos e Insumos hospitalarios Honorarios Médicos			Sólo Cobertura Libre Elección					80	1.50 UF 0.75 VA 7.50 UF 0.57 VA	Sin Tope
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.a.1.2)			•				1			*
Día Cama Psiquiatría Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f) Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas Día Cama Clínica de Recuperación PET -CT Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva (lasik) : Honorarios (1.a.2.4)(2.e) Cirugía de Bariátrica, Metabólica y Fotorrefractiva (lasik) : Pabellón (1.a.2.4)(2.e) OTRAS COBERTURAS (1.a.1.3)			Sólo Cobertura Libre Elección					80	1.50 UF 7.50 UF 1.50 VA 1.50 UF 2.00 VA 0.57 VA 0.75 VA	2.10 UF 7.50 UF 2.10 UF 1.12 UF Sin Tope
Óptica (1.h)								80	1.16 UF	1.16 UF
Box ambulatorio (2.a)(1.d) Medicamentos Ambulatorios (1.j)			Sólo Cobertura Libre Elección				-		1.50 VA 7.50 UF	Sin Tope
Traslados Médicos (1.i)								70	3.04 VA	Sin Tope
obertura Internacional (1.k)			La cobertura Internacional opera por reembolso y se rige por sin que sean aplicables las coberturas preferentes y está afec							
ATENCIONES DE URGENCIA (1.a.2.3)(1.g)			70% Sin Tope Integramedica, Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Clínica Avansalud. 50% Sin Tope Clínica Santa María y Clínica Indisa.					70	0.50 UF	Sin Tope
PRESTADOR DERIVADO 1.a.1) y 1.a.2.2)			•							
PRESTACIONES AMBULATORIAS			Integramedi Avansalud.	ca, Clínica D	ávila, Clínica Vespu	ıcio y Clí	nica			
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA			Clínica Dávila, Clínica Vespucio y Clínica Avansalud.							
VER NO	TAS EXPL	ICATIVAS DE	L PLAN DE SAI	UD PARA LA	APLICACIÓN DE LA CO	DBERTURA	PREF	ERENTE.		
Fono CruzBlanca 600 818 0000			Cruzi	Blanca	Bupa				www.cruzblanc	a.cl