

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

PRESTACIONES	OFERTA PREFERENTE (1.a)		Tope máx. año contrato por beneficiario (2.b)	LIBRE ELECCIÓN		Tope máx. año contrato por beneficiario (2.b)
	%	Tope		%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA						
Día Cama	100% Sin Tope Clínica Bupa Santiago	Sin Tope	80%	6.89 UF	Sin Tope	
Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios				14.51 UF		
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia				2.52 UF		
Día Cama Observación - Recuperación				3.56 VA		
Derecho de Pabellón				7.17 VA		
Exámenes de Laboratorio				3.21 VA		
Exámenes de Histopatología				3.53 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				2.87 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				3.10 VA		
Kinesiología y fisioterapia				4.20 VA		
Medicamentos (2.g)	27.00 UF	Sin Tope	11.26 UF	8.85 UF		
Materiales e insumos clínicos (2.g)	70% Sin Tope Clínica Santa María (1.a.2) Habitación Individual y Doble (1.a.2.1) Staff Médicos Clínicas (1.a.2.2) (1.a.2.3)		13.84 UF	Sin Tope		
Procedimientos (1.c)(1.a.2.3)			3.74 VA			
Honorarios médicos quirúrgicos (1.a.2.3)			3.06 VA			
Visita por médico tratante y médico interconsultor (1.b)(1.a.2.3)			1.68 UF			
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis			4.69 VA			
Traslados Médicos (1.i)			3.68 VA			
Drogas Biológicas (2.f)			20.00 UF		35.00 UF	
Quimioterapia (2.d)			1.00 VA		Sin Tope	
Injertos Hematopoyéticos			1.00 VA			
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):					80%	
Fertilización asistida alta complejidad						
AMBULATORIAS						
Consulta médica	90% Sin Tope Integramédica	Sin Tope	60%	0.70 UF	Sin Tope	
Consulta oftalmológica				0.57 UF		
Exámenes de Laboratorio				0.80 VA		
Exámenes de Histopatología				0.88 VA		
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				0.97 VA		
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)				1.36 VA		
Procedimientos (1.c)				1.36 VA		
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)				1.60 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				0.80 VA		
Kinesiología y fisioterapia				17.70 UF		8.85 UF
Consulta psiquiatría - Psiquiatría ambulatoria	15.00 UF	7.50 UF				
Consulta psicología - Psicología ambulatoria	15.00 UF	7.50 UF				
Fonoaudiología	16.50 UF	8.25 UF				
Atención integral de enfermería (2.h)				1.70 VA	Sin Tope	
Atención integral de nutricionista				1.36 VA	4.49 UF	
Radioterapia				1.36 VA	Sin Tope	
Quimioterapia (2.d)				20.00 UF	35.00 UF	
Prótesis y órtesis				4.69 VA	Sin Tope	
Injertos Hematopoyéticos				1.00 VA	7.00 UF	
Prestaciones Dentales (PAD) (1.i)			40%	1.00 VA	4.00 UF	
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):				12.00 UF		
Fertilización asistida baja complejidad Hombre				1.00 VA	Sin Tope	
Fertilización asistida baja complejidad Mujer						
Fertilización asistida alta complejidad			60%	1.00 VA	Sin Tope	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS						
Día Cama Psiquiatría (1.a.3)	Sólo Cobertura Libre Elección.			80%	1.53 UF	10.00 UF
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)(1.a.3)					2.82 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.a.3)					2.68 VA	
Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.3)					1.07 UF	
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik) PET-CT (2.e)	25% de la cobertura general del plan.					
OTRAS COBERTURAS						
Box ambulatorio (1.d)	Idénticos porcentajes preferentes ambulatorios y en los mismos prestadores.			60%	1.70 VA	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios (1.j)					0.75 UF	
Óptica (1.h)	Sólo Cobertura Libre Elección.			70%	0.80 UF	0.80 UF
Traslados médicos (1.i)					3.68 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 afecta 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)	70% Sin Tope Clínica Bupa Santiago			60%	0.57 UF	Sin Tope
RNM – PRO – HMQ – DPA						
EXS – RX – TAC – ECO						
Medicamentos ambulatorios (1.j)						
ATENCIÓN DE URGENCIA INTEGRAL (2.i)(1.g)						
Clínica RedSalud Santiago - Clínica RedSalud Providencia (sólo urgencia adulto) – Clínica Davila						
Copago Fijo Urgencia Simple				Copago Fijo Urgencia Compleja (2.i)		
1.30 UF				3.20 UF		
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)						
Prestaciones Ambulatorias	Hospital Clínico Universidad de Chile					
Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria	Hospital Clínico Universidad de Chile					

VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.