



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 correspondan 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 :		3CBSE00E17		NOMBRE:			
TIPO DE PLAN :		INDIVIDUAL		FUN Nº			
PRESTACIONES		1.a) OFERTA PREFERENTE			LIBRE ELECCIÓN		
		Bonificación		Copago Fijo	Bonificación		
		%	Tope		%	Tope	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA							
Día Cama Especialidades		90 % Sin Tope		Sin Tope	70%	4.50 UF	Sin Tope
Día cama Cuidados Intensivos o Coronarios						7.00 UF	
Día cama Cuidados Intermedios						7.00 UF	
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia						2.25 UF	
Día Cama Observación-Recuperación						4.50 VA	
Derecho de Pabellón						2.80 VA	
Exámenes de Laboratorio						1.00 VA	
Exámenes de Histopatología						1.10 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						1.30 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						0.80 VA	
Kinesiología y Fisioterapia				15.00 UF		1.17 VA	7.50 UF
Medicamentos en hospitalización (2.g)		80%	30 UF	Sin Tope		7.70 UF	
Materiales Clínicos e Insumos (2.g)			30 UF			5.50 UF	
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (**) (1.c)		100%	(* *)Staff ISA Staff Preferente Plan INTEGRAMEDICA			1.40 VA	Sin Tope
Honorarios Médicos Quirúrgicos (**)						1.36 VA	
Visita Médico Tratante (**) (1.b)						0.45 UF	
Visita Interconsultor (**) (1.b)						0.45 UF	
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis.		Cobertura Libre Elección			70%	1.88 VA	
Traslados médicos (1.i)						2.60 VA	
Drogas Biológicas (2.f)						5.70 UF	57.00 UF
Quimioterapia (2.d)							
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
Consulta Médica		70%	Sin Tope Integramédica (1.a.1)	Sin Tope	70%	0.40 UF	Sin Tope
Consulta Oftalmológica						0.50 UF	
Exámenes de Laboratorio		70%	RED CAMPUS BUPA SUPER  INTEGRAMÉDICA			0.70 VA	
Exámenes de Histopatología						0.77 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)						0.91 VA	
Pabellón Ambulatorio (1.d)						2.80 VA	
Procedimientos (1.c)						1.30 VA	
Honorarios Médicos Quirúrgicos (1.d)						1.70 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)						0.80 VA	
Atención integral de enfermería (2.h)		70%	Sin Tope	15.00 UF		1.30 VA	
Atención integral de nutricionista (2.h)						1.30 VA	
Kinesiología y Fisioterapia						1.17 VA	
Consulta Psiquiatría						0.24 UF	
Psiquiatría Ambulatoria						1.20 VA	
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria						1.20 VA	
Fonoaudiología						2.08 VA	8.25 UF
Radioterapia		Sólo Cobertura Libre Elección			40%	1.30 VA	Sin Tope
Quimioterapia (2.d)						5.70 UF	57.00 UF
Prótesis y Órtesis						1.88 VA	Sin Tope
Prestaciones Dentales PAD (1.i)						1.00 VA	7.00 UF
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):							
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre							4.00 UF
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer							12.00 UF
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.a.1.1)							
Día Cama Psiquiatría		Sólo Cobertura Libre Elección		70%		0.88 UF	10.00 UF
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)						1.93 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas						3.50 VA	
Día Cama Clínica de Recuperación						0.88 UF	
PET -CT		25% de la Cobertura General del Plan, Sólo Libre Elección.					
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorrefractiva (lasik) : Honorarios (2.e)							
Cirugía de Bariátrica, Metabólica y Fotorrefractiva (lasik) : Pabellón (2.e)							
COBERTURA REDUCIDA DE PARTO, CESÁREA, ABORTO (*)							
Prestaciones referidas al embarazo (parto, cesárea, aborto, embarazo ectópico, hospitalizaciones por complicaciones del embarazo)		25% de la Cobertura General del Plan, Sólo Libre Elección.					
OTRAS COBERTURAS							
Box ambulatorio (1.d) (2.a)		70%	Sin Tope	70%		3.50 VA	Sin Tope
Medicamentos Ambulatorios (1.j)						1.10 UF	
Óptica (1.h)		Sólo Cobertura Libre Elección		70%		0.40 UF	0.40 UF
Traslados (1.i)							2.60 VA
Cobertura Internacional (1.k)		La cobertura Internacional opera por reembolso y se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la Libre Elección, sin que sean aplicables las coberturas preferentes y está afecta a un tope anual por beneficiario de 1000 UF.					
CONSULTA DE URGENCIA (1.g)							
CONSULTA URGENCIA, EXS, RX, TAC, ECO, RNM (1.g)		70%	Sin Tope RED CAMPUS BUPA SUPER	70%		0.50 UF	Sin Tope
PRESTADORES DERIVADOS 1.a.1.2							
Consulta Urgencia (1.g)		70%	Sin Tope Hospital Clínico Universidad de Chile				
PRESTACIONES AMBULATORIAS		Hospital Clínico Universidad de Chile					
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		Habitación Institucional					
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.							
Fono CruzBlanca 600 818 0000				www.cruzblanca.cl			