

<div>PARTE DE</div> <div><div>CruzBlanca</div><div><div>Bupa</div><div></div></div></div>		PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO					
		MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE					
PLAN CON COBERTURA MATERNAL REDUCIDA							
PLAN CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO O CESÁREA, ABORTO, EMBARAZO ECTÓPICO, 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 :		3MTDE36219	NOMBRE :		RED METROPOLITANA FULL ESPECIAL 219		
TIPO DE PLAN :		Individual		FUN N°			
PRESTACIONES HOSPITALIZADAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		1.a) Cobertura Preferente		LIBRE ELECCIÓN			
		RED METROPOLITANA 6		Tope	NACIONAL		
		% Bonif. Valor Real	Tope Bonificación UF - Veces Ancestral	Año/BenefUF (2.b)	% Bonif. Valor Real	Tope Bonificación UF - Veces Ancestral	
Día Cama Especialidades		90	Sin Tope	90	3.00 UF	Sin Tope	
Día cama cuidados intensivos o coronarios					5.00 UF		
Día cama cuidados intermedios					5.00 UF		
Día Cama Sala Cuna-Fototerapia					1.50 UF		
Día Cama Otros					3.00 VA		
Derecho de Pabellón					2.00 VA		
Laboratorio					1.00 VA		
Histopatología					1.10 VA		
Imagenología (Rayos - TAC - ECO)					1.20 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1.20 VA		
Medicamentos en hospitalización (2.g)		7.00 UF					
Materiales Clínicos e Insumos (2.g)		5.00 UF					
Visita Médico Tratante ó Visita Interconsultor (1.b)					0.29 UF		
Honorarios Médicos Quirúrgicos					2.00 VA		
Procedimientos Diagnósticos o Terapéuticos (1.c)					1.29 VA		
Kinesioterapia					1.29 VA	3.22 UF	
Prótesis y Órtesis					1.82 VA	Sin Tope	
Traslados (1.h)					2.08 VA		
Tratamientos con drogas biológicas (2.f)		Sólo cobertura Libre Elección		80	5.00 UF	20.00 UF	
Drogas Citotóxicas Administradas en Ciclos de Quimioterapia (2.d)					5.00 UF	20.00 UF	
PRESTACIONES AMBULATORIAS							
Consulta Médica		80% Sin Tope Integramédica 70% Sin Tope Clínica Bupa Santiago Clínica Dávila Clínica RedSalud Providencia Clínica RedSalud Santiago Hospital del Profesor Hospital Clínico Universidad de Chile 60% Sin Tope Clínica Indisa	Sin Tope	70	0.40 UF	Sin Tope	
Consulta Oftalmológica					0.40 UF		
Laboratorio					1.30 VA		
Histopatología					1.43 VA		
Imagenología (Rayos - TAC - ECO)					1.60 VA		
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1.30 VA		
Honorarios Médicos Ambulatorios (1.i)					2.00 VA		
Derecho de Pabellón (1.i)					1.26 VA		
Procedimientos (1.c)					1.29 VA		
Radioterapia					1.29 VA		
Kinesioterapia		1.29 VA	3.22 UF				
Consulta Psiquiatría		0.20 UF					
Psiquiatría Ambulatoria		1.00 UF	1.00 UF				
Consulta Psicología - Psicología Ambulatoria		1.00 UF	1.00 UF				
Atención Integral de Enfermería (2.h)		Sin Tope	Sin Tope				
Atención Integral de Nutricionista		4.26 UF	4.26 UF				
Fonoaudiología		2.07 UF	2.07 UF				
Prótesis y Órtesis			1.82 VA				
Drogas Citotóxicas Administradas en Ciclos de Quimioterapia (2.d)			4.00 UF				
Prestaciones Dentales PAD (1.k):		Sólo cobertura Libre Elección		40	7.00 UF		
Prestaciones Fertilización PAD (1.l):							
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre					4.00 UF		
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer					12.00 UF		
COBERTURA REDUCIDA DE PARTO, CESÁREA, ABORTO							
Día cama Maternidad		25% de la Cobertura General del Plan.					
Pabellón							
Medicamentos							
Insumos hospitalarios							
Honorarios Médicos							
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.a.1)							
Día Cama Psiquiatría		Sólo cobertura Libre Elección		90	0.45 UF	4.46 UF	
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas					0.20 VA		
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.e)					1.75 UF		
Día Cama Clínica de Recuperación					3.00 VA		
PET - CT		25% de la Cobertura General del Plan.					
Cirugía Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik):							
Evento completo (2.e)							
OTRAS PRESTACIONES (1.a.1)							
Óptica (1.g)		Sólo cobertura Libre Elección		80	1.89 UF	1.89 UF	
Traslados (1.h)					2.08 VA	Sin Tope	
Box ambulatorio (1.i) (2.a)		70	1.30 VA				
Medicamentos Ambulatorios (1.j)			1.02 UF	1.00 UF			
Cobertura internacional (1.d)		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 UF 1000.					
ATENCIÓNES DE URGENCIA (1.a.2)(1.f) (Consulta Urgencia, Exs, RX,TAC,ECO,RNM, Medicamentos ambulatorios en atención de urgencia)		70% Sin Tope Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila, Clínica RedSalud Providencia, Clínica RedSalud Santiago, Hospital del Profesor y Hospital Clínico Universidad de Chile. 60% Sin Tope Clínica Indisa.		Sin Tope	70	0.40 UF	Sin Tope
PRESTADORES DERIVADOS (1.a.1.2)							
PRESTACIONES AMBULATORIAS		RED METROPOLITANA 6					
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA		RED METROPOLITANA 6					
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA PREFERENTE.							
Fono CruzBlanca 600 818 0000		<div>PARTE DE</div> <div><div>CruzBlanca</div><div><div>Bupa</div><div></div></div></div>		www.cruzblanca.cl			