

## **CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL**

N° FUN	FECHA	LUGAR	
NOMBRE:		RUT:	
I. DISPOSICIONES GENERALES			

Entre ISAPRE CRUZ BLANCA S.A., Institución de Salud Previsional, R.U.T. Nº 96.501.450-0, representada por su Gerente General, don Raúl Valenzuela Searle, Ingeniero Civil, cédula nacional de identidad N

5.583.758-9, ambos con domicilio en calle Suecia N

211, comuna de Providencia de la ciudad de Santiago, por una parte, y por la otra, el Contratante individualizado precedentemente, en adelante el Contratante o cotizante, se ha convenido el siguiente Contrato de Salud Previsional.

El presente Contrato de Salud Previsional es indefinido y las partes solo podrán ponerle termino por las causales estipuladas en el; se celebra en conformidad con lo dispuesto en Ley N 18.933 y sus modificaciones, contenidas en el DFL Nº 1, de 2005 del Ministerio de Salud, y en las Circulares emitidas por la Superintendencia de Salud, la ex Superintendencia de Isapres y su modificaciones.

Forman Parte integrante del Contrato de Salud Previsional, además de la normativa legal y administrativa, los siguientes antecedentes: Las Condiciones Generales del Contrato de Salud Previsional, El Formulario de Declaración de Salud, Las Garantías Explícitas en Salud (GES), El Plan de Salud Complementario, La Cobertura Adicional para Enfermedade: Catastróficas en Chile (CAEC); El Formulario Único de Notificación (F.U.N.) tipo 1 y los demás que se suscriban durante la vigencia del Contrato; y el Arancel o Nómina de Prestaciones Valorizadas del plan contratado en adelante la NPV, documento que se encuentra a disposición del Cotizante y sus beneficiarios en cada oficina de ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. en las cuales se atienda público. Todos estos documentos, a excepción del Arancel que sólo lleva la firma del representante de ISAPRE CRUZ BLANCA S.A., deben ir firmados por ambas os efectos legales del presente contrato las partes fijan domicilio especial en la ciudad de Santiago.

## II. PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

CODIGO DE PLAN ILS100606B		NOMBRE :	LIBRE SUPER 10 B NORMAL 7090		RMAL 7090
TIPO DE PLAN : INDIVIDUAL			MATRIMONIAL		
PRESTACIONES HOSPITAL IZABAS	% DE BONIF.	TOPE BONIFICACION		MAX BONIF	AMPLIACION DE COBERTURA
PRESTACIONES HOSPITALIZADAS	VALOR REAL	(UF)	VECES EL ARANCEL	AÑO/BENEFIC. (UF)	(ORDENES DE ATENCION)
Día Cama	90		2,25 V.A.		
Derecho de Pabellón	90		2,25 V.A.		
Procedimientos ( a )	90		2,34 V.A.		
Laboratorio	90		1,44 V.A.		
Rayos	90		1,26 V.A.		
Medicamentos en Hospitalización	90	11,48 UF x Evento			
Visita Médico Tratante	90	0,81 UF			1
Visita Interconsultor (b)	90	0,81 UF			
Día Cama Psiquiatría ( c )	90		2,25 V.A.	8.44 UF	1
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas ( c )	90		2,25 V.A.	0,44 UF	
Día Cama Clínica de Recuperación	90		2,25 V.A.	8,44 UF	1
Honorarios Médicos Quirúrgicos	90		1,44 V.A.		
PRESTACIONES AMBULATORIAS					•
Consulta Médica	70	0,42 UF			
Consulta Oftalmológica	70	0,65 UF			
Consulta Urgencia ( d )	70	0,63 UF			
Consulta Domicilio	70	0,63 UF			
Psiquiatría Ambulatoria	70	0,35 UF		1,75 UF	
Psicología Ambulatoria	70	0,35 UF		1,75 UF	
Día Cama	70	.,	1,75 V.A.	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
Honorarios Médicos Ambulatorios	70		1,12 V.A.		
Derecho de Pabellón	70		1.75 V.A.		
Procedimientos ( a )	70		1,82 V.A.		
Fonoaudiología	70		1,82 V.A.	2.37 UF	
Kinesiterapia	70		1,82 V.A.	4,55 UF	
Laboratorio	70		1,12 V.A.		
Rayos	70		0,98 V.A.		
Ecotomografía En Control de Embarazo	70		0.98 V.A.	1.50 UF	
Medicamentos Ambulatorios ( e )	70	0.88 UF	-,	1,00	
OTRAS PRESTACIONES					·
Óptica (f)	70		1,75 V.A.	0,70 UF	
Prótesis	70		1,75 V.A.	-,	
Traslados	70		1,23 V.A.		
Drogas Citotóxicas administradas en ciclos de			.,		
Quimioterapia Tope Mensual	70	22,68 UF			
NOTAS EXPLICATIVAS	•		•		

- a) La línea de cobertura "procedimientos" (diagnósticos y/o terapéuticos) es aplicable para la bonificación de los honorarios del profesional que realiza la atención. No cubre gastos por concento de arriendos de equino, sala de procedimientos o derechos de nahellón b) Se cancela visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante. c) El tope anual indicado para psiquiatría hospitalizada incluye cualquier otra prestación de la especialidad que se dé durante la hospitalización. No incluye y no tiene cobertura los
- medicamentos . Cada una de las prestaciones incluidas en la línea de cobertura "Prestaciones Psiquiátricas hospitalarias" tendrán una cobertura igual o superior a la cobertura que otorga Fonasa en la modalidad de Libre elección.
- d) Cobertura Urgencia sólo en atenciones otorgadas en Servicios de Urgencia.
- e) La cobertura por este concepto corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología. f) Corresponderá la bonificación de marcos y cristales sólo con la presentación de la receta médica respectiva.
- La cobertura Internacional se otorgará en los mismos términos de la cobertura Nacional, esto es en función del Arancel ISAPRE CRUZ BLANCA S.A. vigente y procedimientos de bonificación del Plan contratado

	TABLA DE FACTORES SEXO EDAD № 536				
	Edad (Años)  0 a menos de 2 2 a menos de 5 5 a menos de 10 10 a menos de 15 15 a menos de 20 20 a menos de 25 25 a menos de 30 30 a menos de 35 35 a menos de 45 45 a menos de 50 50 a menos de 55 55 a menos de 60 60 a menos de 67 70 a menos de 75	Contratante		Cargas	
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	0 a menos de 2	1,75	1,75	1,75	1,75
	2 a menos de 5	0,95	0,80	0,95	0,80
	5 a menos de 10	0,65	0,55	0,65	0,55
	10 a menos de 15	0,55	0,55	0,55	0,55
	15 a menos de 20	0,60	0,70	0,55	0,65
	20 a menos de 25	0,60	1,40	0,55	1,15
	25 a menos de 30	0,80	2,15	0,60	1,55
	30 a menos de 35	1,00	2,65	0,75	1,90
	35 a menos de 40	1,25	2,55	0,90	1,75
	40 a menos de 45	1,35	2,25	1,00	1,55
	45 a menos de 50	1,60	2,45	1,20	1,70
	50 a menos de 55	1,80	2,70	1,35	1,90
	55 a menos de 60	2,40	3,00	1,85	2,05
	60 a menos de 65	3,10	3,50	2,65	2,50
	65 a menos de 70	3,60	3,70	3,30	3,00
	70 a menos de 75	4,20	3,80	3,95	3,50
	75 a menos de 80	4,80	4,50	4,50	4,50
	80 v mas	5.20	4 50	5 20	4 50

Las garantías Explicitas en Salud (GES) se otorgarán exclusivamente a través de los prestadores ubicados en el territorio nacional que para tales efectos, ha determinado la Isapre. De igual modo, el beneficio de la cobertura adicional para enfermedades Catastróficas (CAEC), y la cobertura especial GES - CAEC, se otorgará bajo las condiciones y modalidades pactadas en este beneficio, exclusivamente en los prestadores ubicados en el territorio nacional que formen parte de la Red de la Isapre.

Precio Base Plan de Salud	·			
·				
Precio Total Plan de Salud Complementario en UF según composición del				
grupo familiar				
(El precio se pagará en pesos. Para su cálculo se considera el valor de la UF				
del último día del mes al que corresponda devengar la cotización.)				
Tope General por Beneficiario		Nombre del Arancel	Unidad	
Contratante/Carga Legal	Carga Médica	ISAPRE CRUZ	UF	
1540	770	BLANCA - 9	OI*	
El arancel de prestaciones podrá ser reajustado y/ o modificado dentro del mes de Enero de				

cada año y los cambios entraran en vigencia a contar del primer día de marzo siguiente.

Firma Agente ISAPRE CRUZ BLANCA S A Firma Contratante