CAMPUS Bupa

# PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
# MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

CruzBlanca Parte de Bupa

## CAMPUS BUPA 3900 526

CMBS390526

**Fun N°:** _____ **Tipo de Plan:** **INDIVIDUAL**

| PRESTACIONES | OFERTA PREFERENTE (1.a) % | OFERTA PREFERENTE (1.a) Tope | Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b) | LIBRE ELECCIÓN % | LIBRE ELECCIÓN Tope | Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (1.a.2)** | | | | | | |
| Día Cama | **100% Sin Tope** Clínica Bupa Santiago<br>**90% Sin Tope** Clínica Dávila (Recoleta), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Santa María, Hospital Clínico Universidad Católica, Clínica MEDS, Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC. Sn. Carlos, Clínica las Condes<br>**70% Sin Tope** Clínica Alemana de Santiago (1.a.2)<br>Habitación Individual y Doble (1.a.2.1) Staff Médicos Clínicas (1.a.2.2) (1.a.2.3) | | Sin Tope | **100%** | 4,5 UF | Sin Tope |
| Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios | | | | | 10 UF | |
| Día Cama Sala Cuna - Fototerapia | | | | | 2,5 UF | |
| Día Cama Observación - Recuperación | | | | | 5 VA | |
| Derecho de Pabellón | | | | | 3,5 VA | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | | 2,5 VA | |
| Exámenes de Histopatología | | | | | 2,5 VA | |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) | | | | | 2,5 VA | |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) | | | | | 2,5 VA | |
| Kinesiología, Fisioterapia, y Terapia Ocupacional | | | 25 UF | | 3 VA | 10 UF |
| Medicamentos (2.g)(2.i) | | | 300 UF | | 27,5 UF | 60 UF |
| Materiales e insumos clínicos (2.g)(2.i) | | | | | 22,5 UF | |
| Procedimientos (1.a.2.3)(1.c) | | | Sin Tope | | 3 VA | Sin Tope |
| Honorarios médicos quirúrgicos (1.a.2.3) | | | | | 3 VA | |
| Visita por médico tratante o médico interconsultor (1.a.2.3)(1.b) | | | | | 0,95 UF | |
| Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis | Sólo Cobertura Libre Elección. | | | | 4,05 VA | |
| Traslados Médicos (1.i) | | | | | 4 VA | |
| Drogas Biológicas (2.f)(2.i) | | | | | 45 UF | 100 UF |
| Quimioterapia (2.d)(2.i) | | | | | | |
| Injertos Hematopoyéticos | | | | | 1 VA | Sin Tope |
| Fertilización asistida alta complejidad **(1.e):** | | | | | 1 VA | |
| **AMBULATORIAS** | | | | | | |
| Consulta telemedicina | **90% Sin Tope** Clínica Bupa Santiago Integramédica (1.a.1) | | Sin Tope | **80%** | 0,95 UF | Sin Tope |
| Consulta médica | | | | | 0,95 UF | |
| Consulta oftalmológica | | | | | 0,95 UF | |
| Exámenes de Laboratorio | | | | | 2,5 VA | Sin Tope |
| Exámenes de Histopatología | | | | | 2,5 VA | |
| Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía) | | | | | 2,5 VA | |
| Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d) | | | | | 2,5 VA | |
| Procedimientos (1.c) | | | | | 2,5 VA | |
| Honorarios médicos quirúrgicos (1.d) | | | | | 2,5 VA | |
| Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética) | | | | | 2,5 VA | |
| Kinesiología, Fisioterapia, y Terapia Ocupacional | | | 20 UF | | 2,5 VA | 10 UF |
| Fonoaudiología | | | 20 UF | | 2,5 VA | 10 UF |
| Atención integral de enfermería (2.h) | Sólo Cobertura Libre Elección. | | | | 2,5 VA | Sin Tope |
| Atención integral de nutricionista | | | | | 2,5 VA | 4 UF |
| Consulta nutricionista (1.m) | | | | | 2,5 VA | 4 UF |
| Radioterapia | | | | | 2,5 VA | Sin Tope |
| Quimioterapia (2.d)(2.i) | | | | | 27,5 UF | 60 UF |
| Prótesis y órtesis | | | | | 4,05 VA | Sin Tope |
| Injertos Hematopoyéticos | | | | | 1 VA | |
| Prestaciones dentales (PAD) (1.k) | | | | | 1 VA | |
| Prestaciones Fertilización Asistida PAD (1.e) | | | | | | |
| Clínica de Lactancia (0 y 6 meses de edad) PAD (1.n) | | | | | | |
| Mal Nutrición Infantil (7 y 72 meses de edad) PAD (1.m) | | | | | | |
| **PRESTACIONES RESTRINGIDAS** | | | | | | |
| Cirugía Metabólica, Fotorefractiva (lasik), PET-CT (2.e) | 25% de la cobertura general del plan. | | | | | |
| Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.4) | Sólo Cobertura Libre Elección. | | | **100%** | 0,95 UF | 10 UF |
| **OTRAS COBERTURAS** | | | | | | |
| Cirugía de Bariátrica (2.e) | 65% Sin Tope Clínica Bupa Santiago | | | 25% de la Cobertura Libre Elección | | |
| Box ambulatorio (1.d) | Idénticos porcentajes preferentes ambulatorios y en los mismos prestadores. | | | **80%** | 2,25 VA | Sin Tope |
| Medicamentos ambulatorios (1.j)(2.j) | | | | | 1,5 UF | |
| Óptica (1.h) | Sólo Cobertura Libre Elección. | | | **80%** | 2 UF | 2 UF |
| Traslados médicos (1.i) | | | | | 4 VA | Sin Tope |
| Prestaciones con Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) (1.o) | | | | **100%** | 1 VA | Sin Tope |
| **ATENCIONES DE URGENCIA** | | | | | | |
| **ATENCIONES DE URGENCIA INTEGRAL (2.j)** | **Clínica Bupa Santiago - Clínica Dávila (Recoleta) - Clínica Indisa (Providencia. y Maipú)** | | | | | |
| | **Copago Fijo Urgencia Simple** 0,9 UF | | | **Copago Fijo Urgencia Compleja** 3,1 UF | | |
| Consulta de Urgencia (1.a.2.4) | Idénticos porcentajes preferentes ambulatorios y en los mismos prestadores | | | **80%** | 0,95 UF | Sin Tope |
| RNM - PRO – HMQ – DPA | | | | | | |
| EXS – RX – TAC – ECO | | | | | | |
| Medicamentos ambulatorios (1.j)(2.i) | | | | | | |
| **PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)** | | | | | | |
| Prestaciones Ambulatorias | Hospital Parroquial San Bernardo | | | | | |
| Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria | Hospital Parroquial San Bernardo | | | | | |

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

CAMPUS Bupa

**CAMPUS BUPA 3900 526**
CMBS390526

CruzBlanca Parte de Bupa

## PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base _____
Precio Total según composición del grupo familiar _____

## TABLA DE FACTORES ÚNICA N° 343

| Tabla de Factores | | |
|---|---|---|
| Tramos de Edad | Cotizantes | Cargas |
| 0 a menos de 20 | 0.6 | 0.6 |
| 20 a menos de 25 | 0.9 | 0.7 |
| 25 a menos de 35 | 1.0 | 0.7 |
| 35 a menos de 45 | 1.3 | 0.9 |
| 45 a menos de 55 | 1.4 | 1.0 |
| 55 a menos de 65 | 2.0 | 1.4 |
| 65 y más | 2.4 | 2.2 |

Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que ellas cumplan los dos años de edad.

Identificación única del arancel: Isapre CruzBlanca – 31
Tope General por Beneficiario en UF (2.b): 8000
Modalidad Arancel: $

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha

HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha

**CAMPUS BUPA 3900 526**
CMBS390526

## ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PREFERENTE

## NOTAS EXPLICATIVAS

### 1) Coberturas

1.a) La cobertura de la Oferta Preferente se obtiene a través de órdenes de atención con prestadores en convenio especificado.
1.a.1) Oferta preferente Ambulatoria: **Clínica Bupa Santiago, Integramédica.**
1.a.2) Oferta preferente Hospitalaria: **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Santa María, Hospital Clínico Universidad Católica, Clínica MEDS (excluye La Florida), Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC. Sn. Carlos, Clínica las Condes, Clínica Alemana de Santiago.**
1.a.2.1) Para determinar la bonificación preferente hospitalaria se considerará la Habitación Individual y Doble o la de menor valor efectivamente utilizada por el beneficiario de acuerdo con el convenio vigente con el prestador. Suite o Departamento sólo modalidad libre elección.
1.a.2.2) Son prestadores Staff del Plan Preferente **CAMPUS BUPA 3900 526** todos los profesionales médicos que trabajan en **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Santa María, Hospital Clínico Universidad Católica, Clínica MEDS (excluye La Florida), Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC. Sn. Carlos, Clínica las Condes, Clínica Alemana de Santiago** y que tienen convenio con la Isapre CruzBlanca de la oferta preferente. Validar listado de médicos a través de las sucursales CruzBlanca.
1.a.2.3) En atenciones hospitalarias programadas (no urgencia), el beneficiario recibirá la cobertura señalada en la oferta preferente del Plan de Salud Complementario del ítem honorarios, si su atención se efectúa con profesionales del Staff Médico del prestador utilizado, de lo contrario, será la de la Libre Elección.
1.a.2.4) Las hospitalizaciones derivadas de una atención efectuada en el Servicio de Urgencia de los prestadores de la Red Hospitalaria Preferente, tendrán la cobertura señalada en la oferta preferente del Plan de Salud Complementario, incluidos los honorarios médicos de los profesionales staff del prestador en convenio para el Plan.
1.a.2.5) Este Plan aplicará cobertura preferente a las hospitalizaciones de urgencia efectuadas en regiones distintas de la Región Metropolitana. Se entenderá por hospitalización de urgencia aquella derivada de un servicio de urgencia que, por condición de salud o cuadro clínico del paciente, requiere atención médica inmediata e impostergable. No estará afecto a esta cobertura preferente ninguna hospitalización programada, ni la consulta de urgencia o exámenes, efectuados en servicios de urgencia, que no forman parte de los gastos de la hospitalización. La cobertura preferente consistirá en este caso, en aplicar a la cuenta hospitalaria regional, los valores que Isapre CruzBlanca hubiera pagado si la atención se hubiere efectuado en Clínica Bupa Santiago, debiendo asumir el afiliado las diferencias de valores entre la Clínica Bupa Santiago y el prestador en la que recibió las atenciones.
1.a.2.6) La cobertura de la Oferta Preferente que sea procedente, corresponderá siempre a la indicada para cada prestador o grupo de prestadores de la red de prestadores preferentes del plan **CAMPUS BUPA 3900 526** sin que operen como prestadores derivados el uno respecto del otro. Tratándose de la cobertura de honorarios médicos quirúrgicos preferente, sólo corresponderá si utiliza médicos con convenio en los prestadores que consideran dicha cobertura en el plan, de lo contrario, la cobertura de este ítem será la de la Libre Elección.
Para el caso de presentarse una insuficiencia que afecte a la totalidad de la indicada red de prestadores preferentes, esto es, cuando todos ellos se encuentren imposibilitados temporal o permanentemente para otorgar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta preferente dentro de los tiempos de espera máximos definidos en las condiciones de la oferta preferente, el beneficiario tiene derecho a solicitar su derivación, a el (los) prestador(es) **Hospital Parroquial San Bernardo**, conforme lo indique la Isapre, y que se designan como prestadores derivados a los de la red de prestadores preferentes, manteniendo la misma cobertura de haberse atendido en el prestador que dio origen a dicha derivación.
1.b) Se bonificará visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.
1.c) La línea de cobertura "procedimientos" (diagnósticos y/o terapéuticos) es aplicable exclusivamente para la bonificación de los honorarios del profesional o la institución que realiza la atención.
1.d) En intervenciones quirúrgicas asociadas a un pabellón 5 ó superior, o uso de anestesia general, estos ítems: Box Ambulatorio, Pabellón y Honorarios Médicos, tendrán la cobertura equivalente a la atención hospitalizada.
1.e) Estas prestaciones incluyen las coberturas de especialidad, exámenes de laboratorio e imagenología propios de este tratamiento, procedimiento de criopreservación, capacitación espermática, inseminación artificial y los fármacos e insumos requeridos para la realización del tratamiento señalado. Incluyen la totalidad de las prestaciones requeridas para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial desde la pareja.
1.f) El tope de medicamentos en hospitalización Psiquiátrica es por evento.
1.g) Cobertura consulta de urgencia, sólo en atenciones otorgadas en servicios de urgencia en horario hábil o inhábil.
1.h) Para obtener la cobertura de Lentes Ópticos (Cristales y/o Lentes de contacto), se exigirá receta con la indicación médica respectiva, a cada beneficiario que solicite bonificación. Lo anterior con la sola excepción del reembolso de lentes de presbicia.
1.i) La cobertura de traslados médicos se otorga sólo con indicación médica justificada.
1.j) La cobertura por este concepto corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria, y procedimiento de ortopedia y traumatología.
1.k) Para obtener la cobertura, el beneficiario deberá ceñirse a lo señalado en la letra b) del artículo 11° de las Condiciones generales del Contrato de Salud Previsional. En caso de documentos y/o comprobantes de pago que se presenten en idiomas extranjeros distintos del inglés, deberán entregarse traducidos para proceder a su liquidación.
1.l) Podrán acceder a las prestaciones PAD Dentales los beneficiarios, niños y jóvenes entre 12 y 17 años 11 meses y 29 días que presenten caries en una o más piezas dentales y los diagnosticados con Cáncer sin límite de edad, en prestaciones odontológicas y de especialidad de Periodoncia de diagnóstico, preventivas y curativas.
1.m) La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.
1.n) Estas prestaciones incluyen la consulta por profesional de la salud (matrona, enfermera o nutricionista) y 2 sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable. Asimismo, en caso de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), incluirá Consulta por médico pediatra y, en caso de confirmarse, considerará apoyo de nutricionista en la alimentación de la madre. También deberá incluir una atención psicológica a la madre cuando se requiera.
1.o) Esta prestación otorga cobertura a los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD) de la Modalidad de Libre Elección de FONASA que no estén individualizados expresamente en otras prestaciones del cuadro de coberturas del plan. El listado de prestadores en convenio, copagos pactados y condiciones de acceso estará disponible en las oficinas de atención y en la página web de Cruz Blanca.

### 2) Definiciones

VA = Veces Arancel, UF = Unidad de Fomento.

Staff Médicos Clínicas = Médicos de las Clínicas Red Hospitalaria **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Santa María, Hospital Clínico Universidad Católica, Clínica MEDS (excluye La Florida), Clínica Universidad de los Andes, Clínica UC. Sn. Carlos, Clínica las Condes, Clínica Alemana de Santiago**, que tienen convenio con Isapre CruzBlanca de la oferta preferente.
EXS = Exámenes de Laboratorio; RX = Radiología; TAC = Tomografía axial computarizada (scanner); ECO = Ecotomografías;
RNM = Resonancia Nuclear Magnética, PRO = Procedimientos, HMQ = Honorarios Médicos Quirúrgicos, DPA = Derecho de pabellón.
2.a) Pabellón ambulatorio corresponde a cama, sillón, camilla u otro utilizado en un establecimiento asistencial, con fines diagnósticos o terapéuticos, que se utilice por menos de 4 horas.
2.b) Tanto el tope general anual por beneficiario, como los montos máximos usuario año son únicos y comprenden las bonificaciones de las prestaciones por libre elección como por oferta preferente. El valor indicado rige para cada beneficiario por año vigencia de beneficios. La bonificación corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. Cuando la suma de la bonificación en un año sea igual al tope, la bonificación corresponderá al mayor valor entre el 25% de la cobertura estipulada en el plan de salud y la cobertura financiera que asegura el Fonasa en la modalidad de libre elección a todas las prestaciones contempladas en el Arancel, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.
2.c) Las Garantías Explícitas en Salud (GES) y cobertura adicional para enfermedades catastróficas CAEC se otorgará solamente en prestadores ubicados en el territorio nacional que formen parte de la Red de la Isapre.
2.d) Se entiende por quiomioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.
2.e) Se entiende por Cirugía Bariátrica o de obesidad al by pass gástrico y/o manga gástrica. Se entiende por Cirugía Metabólica al by pass gástrico, sea efectuado en pacientes obesos o no. La cobertura de la Cirugía Bariátrica, Metabólica, Cirugía Lasik y PET-CT corresponde al evento hospitalario completo.
2.f) Se entiende por Drogas Biológicas los productos de fabricación o síntesis biotecnológicas utilizados para el tratamiento de patologías no oncológicas.
2.g) El tope definido para la cobertura de medicamentos e Insumos Hospitalizados es por evento hospitalario. Se entiende por evento hospitalario a aquel que engloba todos los gastos en que incurre un beneficiario mientras permanece internado en un centro asistencial (público o privado), o bajo el régimen de hospitalización domiciliaria, en forma ininterrumpida, pudiendo incluso recibir las atenciones en uno o más establecimientos hasta que es dado de alta por un profesional médico. La fecha de alta o término de la hospitalización marca el término del evento.
2.h) La cobertura definida para la atención integral de enfermería, sólo aplica para: Atenciones integrales de enfermería en centro adulto mayor (3 sesiones de 45')(solo para mayores de 55 años); Atención integral de enfermería en domicilio (atención mínima de 45')(solo para mayores de 55 años); Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes postrados, terminales post operados; Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes ostomizados y Atención integral de enfermería en domicilio a pacientes que requieren instalación y/o retiro de catéter o sonda.

2.i) Todos los medicamentos, materiales e insumos clínicos, drogas biológicas, incluidos medicamentos para quimioterapia, se bonificarán únicamente en la medida que se encuentren registrados por el Instituto de Salud Pública (I.S.P.) y tengan fines curativos. Por lo anterior, se excluyen de cobertura los medicamentos que tengan fines de investigación y/o experimentación.
2.j) Atención de Urgencia integral corresponde a la atención efectuada en forma ambulatoria en un servicio de urgencia y que incluye todas las prestaciones requeridas por el beneficiario para resolver el evento de urgencia, tales como consulta urgencia, exámenes de laboratorio, de imágenes, procedimientos médicos, insumos y medicamentos utilizados durante la atención. La "Urgencia Integral Compleja" la define la realización de exámenes de imagenología del subgrupo 03 del arancel (TAC: tomografía axial computarizada - scanner), 04 del arancel (Ecotomografías) y subgrupo 05 (Resonancia Nuclear Magnética). También determinan una urgencia integral compleja, la realización de procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y atenciones de pacientes que ingresen en riesgo vital. En el caso de una atención de Urgencia Integral que se derive a una cirugía, la hospitalización en Clínica Bupa Santiago deberá ser en Habitación Doble.

## 3) Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestador preferente

Forma parte del Plan de Salud, el documento que se adjunta " Condiciones y características de la oferta preferente del plan con prestador preferente"

## 4) Valor de Conversión de la unidad de fomento a utilizar

4.a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresados en unidades de fomento (UF), el valor de la conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
4.b) Para el pago de la cotización: Si el precio está expresado en unidades de fomento (UF), el valor de conversión que se utilizará corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior en que se devenga la remuneración.

## 5) Reajuste del arancel de prestaciones

El valor de cada una de las prestaciones de salud contenidas en los aranceles expresados en pesos será reajustado el 1º de Marzo de cada año. Dicho reajuste no podrá ser inferior al 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (I.P.C.), entre el mes de febrero del año anterior y enero del año en curso.

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha

HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha