

CAMPUS BUPA MAX QUINTA 500 521
3CBMQ50521

Fun N°: _____

Tipo de Plan: **INDIVIDUAL**

PRESTACIONES	Oferta Cerrada Quinta Región		Oferta Cerrada Región Metropolitana		Tope máx año contrato por beneficiario (2.a)
	Bonificación	Tope por Evento	Bonificación	Tope por Evento	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA					
Día Cama	11 PRESTACIONES GARANTIZADAS Con copago fijo por evento completo de 8 UF OTRAS PRESTACIONES NO GARANTIZADAS 90% Sin Tope Hospital Cl. Viña del Mar Clínica RedSalud Valparaíso Clínica Los Carrera Clínica Los Leones 80% Sin Tope Clínica Bupa Reñaca Copago Máximo de: UF 20 (1.b) Habitación Individual o Doble (1.b.4)		40 PRESTACIONES GARANTIZADAS Con copago fijo por evento de 10 UF OTRAS PRESTACIONES NO GARANTIZADAS 80% Sin Tope Clínica Bupa Santiago Clínica Dávila Copago Máximo de: UF 20 (1.b) Habitación Individual o Doble (1.b.4) Staff Médicos Clínicas (1.b.3)		Sin Tope
Día Cama cuidados intensivos o coronarios					
Día Cama cuidados intermedios					
Día Cama sala cuna - fototerapia					
Día Cama observación - recuperación					
Derecho de pabellón					
Exámenes de laboratorio					
Exámenes de histopatología					
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					
Kinesiología y fisioterapia					
Medicamentos (2.b)					
Materiales e insumos clínicos (2.b)					
Visita por médico tratante - interconsultor (1.g)		1,4 UF			
Honorarios médicos quirúrgicos (1.b.3)		3,4 VA			
Procedimientos (1.c) (1.a.2.3)		1,6 VA			
Drogas biológicas (2.f)	90%	20,0 UF	90%	20,0 UF	200 UF
Quimioterapia (2.e)		20,0 UF		20,0 UF	200 UF
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis		3,7 VA		3,7 VA	Sin Tope
Traslados Médicos (1.n)		2,7 VA		2,7 VA	
Injertos Hematopoyéticos		1.0 VA		1.0 VA	
Fertilización asistida alta complejidad [PAD] (1.h)		1.0 VA		1.0 VA	
AMBULATORIAS (1.d)					
Consulta médica	80% Sin Tope Integramédica Sonorad Clínica Bupa Reñaca Clínica Los Carrera Clínica RedSalud Valparaíso (1.c)		80% Sin Tope Integramédica Sonorad Clínica Bupa Santiago (1.c)		Sin Tope
Consulta médica oftalmológica					
Exámenes de laboratorio					
Exámenes de histopatología					
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					
Derecho a pabellón (1.o) (2.d)					
Procedimientos (1.f)					
Honorarios médicos ambulatorios (1.o)	80%	1,7 VA	80%		
Atención integral de nutricionista		1,7 VA		1,7 VA	
Consulta nutricionista (1.s)		1,7 VA		1,7 VA	
Kinesiología y fisioterapia		1,7 VA		1,7 VA	6 UF
Consulta psiquiatría		1,8 UF		1,8 UF	4 UF
Consulta psicológica		1,8 VA		1,8 VA	4 UF
Fonoaudiología		1,7 VA		1,7 VA	4 UF
Radioterapia		1,7 VA		1,7 VA	Sin Tope
Quimioterapia (2.e)		20,0 UF		20,0 UF	200 UF
Prótesis y órtesis		3,7 VA		3,7 VA	Sin Tope
Injertos Hematopoyéticos		1.0 VA		1.0 VA	
Prestaciones dentales [PAD] (1.j)		1.0 VA		1.0 VA	7 UF
Fertilización asistida baja comp. Hombre [PAD] (1.h)		1.0 VA		1.0 VA	4 UF
Fertilización asistida baja comp. Mujer [PAD] (1.h)		1.0 VA		1.0 VA	12 UF
Fertilización asistida alta comp. [PAD] (1.h)		1.0 VA		1.0 VA	Sin Tope
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.e)					
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (Lasik) PET-CT (1.q)(2.c)	25% de la Cobertura General del Plan				
Medicamentos en hospitalización Psiquiátrica (1.i)	90%	4,3 VA	90%	4,3 VA	10 UF
Día Cama Psiquiatría					10 UF
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas					
Día Cama Clínica de Recuperación					
OTRAS COBERTURAS					
Óptica (1.m)	80%	1,0 UF	80%	1,0 UF	1 UF
Medicamentos ambulatorios (1.k)		2,7 VA		2,7 VA	Sin Tope
Box Ambulatorio (1.o)(2.d)		1,6 VA		1,6 VA	
Traslados Médicos (1.n)		3,7 VA		3,7 VA	
ATENCIÓN DE URGENCIA (1.p)					
Consulta de Urgencia	80% Sin Tope Clínica Bupa Reñaca Clínica Bupa Santiago Clínica RedSalud Valparaíso Clínica Los Carrera				
Medicamentos ambulatorios (1.k)					
RNM – PRO – HMQ – DPA					
EXS – RX – TAC – ECO					
PRESTADORES DERIVADOS (1.d)					
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 CERRADA.					

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base (3.b)

Precio Total según composición del grupo familiar

TABLA DE FACTORES N° 343

Edad (Años)	Contratante	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

Identificación única del arancel

Tope General por Beneficiario en UF (2.a)

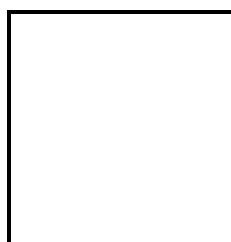
Isapre CruzBlanca 30

1.500

Modalidad Arancel

\$

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha



HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD CERRADO
NOTAS EXPLICATIVAS

1) Coberturas

1.a) Se entiende por plan cerrado, aquel cuya estructura sólo contempla el otorgamiento de atenciones de salud a través de determinados prestadores individualizados en el plan, no previéndose el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección. Cualquier prestación que se realice fuera de la red hospitalaria y ambulatorio del plan Campus Bupa Max Quinta, no estará afectada a cobertura, no tiene reembolso. La cobertura de la Oferta Cerrada se obtiene a través de órdenes de atención con prestadores en convenio especificado.

1.a.1) Los topes de bonificación que no son "Copagos fijos", se expresan en veces el arancel CruzBlanca 30. Isapre CruzBlanca garantiza cobertura mínima Fonasa sobre su modalidad de arancel libre elección, si solo si el valor de ésta última fuera superior a lo señalado por el arancel CruzBlanca 30.

1.b) OFERTA CERRADA HOSPITALARIA CAMPUS BUPA MAX QUINTA: **Hospital Cl. Viña del Mar, Clínica RedSalud Valparaíso, Clínica Los Carrera, Clínica Los Leones, Clínica Bupa Reñaca, Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila**

1.b.1) Prestaciones garantizadas en Quinta Región por evento completo (incluye HMQ): **Hospital Cl. Viña del Mar, Clínica RedSalud Valparaíso, Clínica Los Carrera, Clínica Los Leones, Clínica Bupa Reñaca**

COD	NOMBRE PRESTACION	CLASIFICACIÓN	COD	NOMBRE PRESTACION	CLASIFICACIÓN
1802081	Colecistectomía por videolaparoscopia	CIRUGÍA DIGESTIVA	1302029	Migdalectomía c/s adenoidectomía, uni o bilateral	OTORRINO LARINGOLOGÍA
1803018	Hemorroidectomía		2104159	Meniscectomía por vía Artroscópica	TRAUMATOLOGÍA
1802003	Hernia		1902082	Circuncisión	UROLOGÍA
2003010	Histerectomía total o ampliada	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	1103049	Hernia nucleo pulposo	NEUROCIRUGÍA
2004006	Cesarea c/s salpingectomía		1202064	Facoerisis Extracapsular Con Implante De Lente Intraocular	OFTALMOLOGÍA
2004003	Parto presentacion cefalica o podalica				

1.b.2) Prestaciones garantizadas en Región Metropolitana por evento completo (incluye HMQ): **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila**

COD	NOMBRE PRESTACION	CLASIFICACIÓN	COD	NOMBRE PRESTACION	CLASIFICACIÓN
1103048	Infiltración Facetaria	NEUROCIRUGÍA	1902082	Circuncisión	UROLOGÍA
1103049	Hernia del núcleo Pulposo		2003001	Ooforectomía	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
1103066	Túnel Carpio		2003003	Embarazo Ectópico	
1202064	Facoerisis Extracapsular Con Implante De Lente Intraocular	OFTALMOLOGÍA	2003005	Salpingectomía unilateral o bilateral	
1302008	Mucositis Timpánica	OTORRINOLARINGOLOGÍA	2003008	Miomectomía	
1302028	Adenoidectomía		2003010	Histerectomía total vía Abdominal	
1302029	Amigdalotomía c/s Adenoidectomía		2003012	Conización y/o amputación del cuello uterino	
1402001	Tiroidectomía bilateral total	CIRUGÍA CUELLO	2003016	Histerectomía total c/op. Incontinencia Urinaria	
1703027	Ligadura Otros Troncos Venosos	CIRUGÍA VASCULAR PERISFERICA	2003025	Quiste y/o Desgarro y/o Tabique Vaginal	
1703030	Safenectomía interna y/o externa unilateral		2004001	Aborto Retenido, Vaciamiento	
1802001	Hernia Diafragmática		2004002	Raspado Uterino diagnóstico o terapéutico	
1802003	Hernia Inguinal, Crural o Umbilical	CIRUGÍA GENERAL	2004003	Parto	TRAUMATOLOGÍA
1802053	Apendicectomía y/o Absceso Apendicular		2004006	Parto vía Cesárea	
1802081	Colecistectomía Laparoscópica		2104051	Ruptura Manguito Rotadores	
1803016	Fistula anorectal		2104093	Dedo en gatillo	
1803018	Hemorroidectomía		2104156	Inestabilidad Crónica de rodilla	
1902021	Uretero o Nefro-Litotomía Endoscópica	UROLOGÍA	2104159	Meniscectomía por vía Artroscópica	
1902066	Orquidopexia un lado		2104181	Rotura de Tendón de aquiles	
1902075	Varicocele unilateral		2104190	Hallux Valgus	
1902076	Vasectomía Bilateral		2106003	Retiro de tornillos, clavos y agujas	

1.b.2) Exclusiones y Restricciones de las Prestaciones Garantizadas con Copago Fijo:

1.b.2.1) Que la o las prestaciones de que se trate se encuentren afectas a alguna restricción o exclusión de cobertura, o que el beneficiario haya alcanzado el tope general de cobertura del contrato de salud.

1.b.2.2) Cuando se trate de cirugías múltiples o bilaterales, esto es, en aquellos casos en que se realizan dos o más intervenciones en un mismo acto quirúrgico y no corresponda a un evento único. Lo anterior es con excepción de aquellas prestaciones múltiples o bilaterales en que ambas se encuentren incorporadas en la nómina precedente.

1.b.2.3) Las prestaciones requeridas en una hospitalización de urgencia, entendiéndose por tal aquella en que el paciente fue derivado desde un servicio de urgencia, que por su condición de salud o cuadro clínico requiere atención médica inmediata e impostergable. Excepto Apendicectomía.

1.b.2.4) Para prestaciones garantizadas del parto presentación cefálica o podálica o parto vía cesárea el valor copago se ajustará a una cobertura proporcional en caso de que la fecha probable de la concepción sea anterior a la suscripción del contrato de salud. La cobertura de dichas prestaciones será, como mínimo, equivalente a la proporción entre el número de meses desde la suscripción del contrato hasta la ocurrencia del parto, y el número total de meses de duración efectiva del embarazo.

1.b.3) Son prestadores Staff del plan cerrado **CAMPUS BUPA MAX QUINTA 500 521** todos los profesionales médicos que trabajan en **Integramédica** o en las **Clínicas Bupa Santiago y Clínica Dávila** y que tienen convenio con la Isapre CruzBlanca de la Oferta Cerrada. Validar listado de médicos a través de las sucursales CruzBlanca.

1.b.3.1) 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 mínimo Fonasa.

1.b.4) Para determinar la cobertura hospitalaria, el beneficiario deberá utilizar el tipo de Habitación Individual o Doble, que para cada uno de los prestadores de la red hospitalaria se señala en el Plan de Salud o en su defecto el de menor valor en la institución. Suite o Departamento sólo garantiza la cobertura mínima Fonasa para las prestaciones contempladas en dicho arancel.

1.b.5) Este Plan aplicará cobertura cerrada a las hospitalizaciones de urgencia efectuadas en regiones distintas de la Región Metropolitana y Quinta Región. 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. La consulta de urgencia y exámenes efectuados en el servicio de urgencia que no forman parte de los gastos de la hospitalización también estará afectos a la cobertura cerrada. No estará afecto a ninguna cobertura de urgencia de hospitalización programada. La cobertura de urgencia consistirá en aplicar a la atención ambulatoria en el servicio de urgencia y a la cuenta hospitalaria regional, los montos bonificados que CruzBlanca hubiera pagado si la atención se hubiere efectuado en **Clínica Bupa Santiago**. Serán de cargo del beneficiario, las diferencias del precio cobrado por el prestador ajeno al plan cerrado.

1.c) OFERTA CERRADA AMBULATORIA CAMPUS BUPA MAX QUINTA: **CLÍNICA Bupa Santiago, CLÍNICA Bupa Reñaca, CLÍNICA REDSALUD VALPARAISO, CLÍNICA LOS CARRERA y todos los centros médicos INTEGRAMÉDICA y SONORAD a nivel Nacional.**

1.d) DERIVADO HOSPITALARIO: **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.** DERIVADO AMBULATORIO: **HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.**

1.d.1) La cobertura de la Oferta Cerrada que sea procedente, corresponderá siempre a la indicada para cada prestador o grupo de prestadores de la red de prestadores cerrados del plan CAMPUS BUPA MAX QUINTA 500 521 sin que operen como prestadores derivados el uno respecto del otro. Tratándose de la cobertura de honorarios médicos quirúrgicos cerrado, 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 mínima Fonasa modalidad Libre Elección.

Para el caso de presentarse una insuficiencia que afecte a la totalidad de la indicada red de prestadores cerrados, esto es, cuando todos ellos se encuentren imposibilitados temporal o permanentemente para otorgar alguna de las prestaciones que forman parte de la oferta cerrada dentro de los tiempos de espera máximos definidos en las condiciones de la oferta cerrada, el beneficiario tiene derecho a solicitar su derivación, a el (los) prestador(es) Hospital Clínico Universidad de Chile, conforme lo indique la Isapre, y que se designan como prestadores derivados a los de la red de prestadores cerrados, manteniendo la misma cobertura de haberse atendido en el prestador que dio origen a dicha derivación.

1.e) Estas prestaciones contemplan una cobertura restringida en el Plan de Salud.

1.f) 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.g) Se bonificará visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.

1.h) 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.

1.i) El tope de medicamentos en hospitalización Psiquiátrica es por evento.

1.j) 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.k) La cobertura por este concepto corresponde sólo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria de prestaciones asociadas a un pabellón con un guarismo inferior a 4, y procedimiento de ortopedia y traumatología.

1.m) 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.n) Corresponderá cobertura de traslado sólo con indicación médica justificada.

1.o) En intervenciones quirúrgicas asociadas a un pabellón 5 o superior, o uso de anestesia general, estos ítems: Box Ambulatorio, Derecho a Pabellón y Honorarios Médicos Quirúrgicos, tendrán una cobertura equivalente a la atención hospitalizada.

1.p) Cobertura consulta de urgencia, sólo en atenciones otorgada en servicios de urgencia en horario hábil o inhábil en los prestadores señalados.

1.q) La cobertura restringida de la cirugía Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (Lasik) y PET-CT, corresponde al evento hospitalario completo.

1.r) 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.

1.s) Podrán acceder a la prestación de consulta de nutricionista todo beneficiario que presente sobrepeso u obesidad según criterios de IMC, tendrá derecho a la cobertura de la consulta de nutricionista. La primera consulta, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.

2) Definiciones

VA = Veces Arancel. UF = Unidad de Fomento.

Staff Médicos Clínicos: Médicos staff Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila en convenio con CruzBlanca.

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) Tanto el tope general anual por beneficiario, como los montos máximos usuario año son únicos. 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 de este plan, determinándose de esta forma el nuevo copago del afiliado.

2.b) El porcentaje de bonificación definido para la cobertura de medicamentos e Insumos 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.c) Se entiende por Cirugía Bariátrica o de Obesidad al by pass gástrico y/o manga gástrica. La Cirugía Metabólica aplica las mismas técnicas que la Bariátrica, pero con pacientes no necesariamente obesos. La exclusión de cobertura cerrada de la Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (Lasik) y PET-CT, corresponde al evento hospitalario completo.

2.d) 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.e) Se entiende por quimioterápicos o drogas antineoplásicas, los medicamentos utilizados para el tratamiento del cáncer, pudiendo ser de síntesis química o biotecnológica.

2.f) Se entiende por drogas biológicas los productos de fabricación o síntesis biotecnológicas utilizados para el tratamiento de patologías no oncológicas.

3) Condiciones y características de la oferta cerrada

La cobertura cerrada para prestaciones ambulatorias y hospitalarias definidas en el plan de salud complementario cerrado, se obtienen sólo si se realizan en los prestadores cerrados señalados en el plan y de acuerdo con los procedimientos definidos en el documento "Condiciones de la Oferta Cerrada" que forma parte del contrato.

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