

PRIME CAMPUS BUPA 300 620

PCBP300620

Fun N°: _____

Tipo de Plan: **COLECTIVO**

PRESTACIONES		OFERTA PREFERENTE (1.a)		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)	LIBRE ELECCIÓN		Tope máximo año contrato por beneficiario (2.b)								
		%	Tope			%	Tope								
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (1.a.2)															
Día Cama		60 PRESTACIONES GARANTIZADAS CON COPAGO MÁXIMO POR EVENTO EN CLÍNICA BUPA SANTIAGO Alta Complejidad 15 UF Media Complejidad 10 UF Baja Complejidad 5 UF (1.a.3)			Sin Tope		6.9 UF		Sin Tope						
Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios							14.5 UF								
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia							2.5 UF								
Día Cama Observación - Recuperación							3.6 VA								
Derecho de Pabellón							7.2 VA								
Exámenes de Laboratorio							3.2 VA								
Exámenes de Histopatología							3.5 VA								
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)							2.9 VA								
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)							3.1 VA								
Kinesiología y fisioterapia							4.2 VA				10 UF				
Medicamentos (2.g)(2.i)		OTRAS PRESTACIONES NO GARANTIZADAS 90% Sin Tope Clínica Bupa Santiago 80% Sin Tope Clínica Dávila, Hospital del Profesor 70% Sin Tope Hospital Clínico UC, Clínica UC, Clínica Indisa (1.a.2)			27 UF		11.3 UF		Sin Tope						
Materiales e insumos clínicos (2.g)(2.i)							13.8 UF								
Procedimientos (1.a.2.3)(1.c)							3.7 VA								
Honorarios médicos quirúrgicos (1.a.2.3)							3.1 VA								
Visita por médico tratante o médico interconsultor (1.a.2.3)(1.b)							1.7 UF								
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis							6.3 VA				25.0 UF		125 UF		
Traslados Médicos (1.i)							4.0 VA								
Drogas Biológicas (2.f)(2.i)															
Quimioterapia (2.d)(2.i)							Sólo Cobertura Libre Elección.				1.0 VA		Sin Tope		
Injertos Hematopoyéticos											1.0 VA				
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):															
Fertilización asistida alta complejidad															
AMBULATORIAS															
Consulta telemedicina		100% Sin Tope Integramédica y Clínica Bupa Santiago			Sin Tope		0.8 UF		Sin Tope						
Consulta médica				0.8 UF											
Consulta oftalmológica				0.8 UF											
Exámenes de Laboratorio				1.0 VA											
Exámenes de Histopatología				1.1 VA											
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)		90% Sin Tope Integramédica		1.1 VA											
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)				1.6 VA											
Procedimientos (1.c)				1.6 VA											
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)				1.8 VA											
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)		70% Sin Tope Clínica Bupa Santiago (1.a.1)		1.0 VA											
Kinesiología y fisioterapia					20 UF		1.7 VA		10 UF						
Consulta psiquiatría - Psiquiatría ambulatoria					20 UF		0.4 UF		10 UF						
Consulta psicología - Psicología ambulatoria					20 UF		0.8 VA		10 UF						
Fonoaudiología					20 UF		2.4 VA		10 UF						
Atención integral de enfermería (2.h)		Sólo Cobertura Libre Elección.					1.6 VA		Sin Tope						
Atención integral de nutricionista							1.6 VA		5 UF						
Radioterapia							1.6 VA		Sin Tope						
Quimioterapia (2.d)(2.i)							25.0 UF		125 UF						
Prótesis y órtesis							6.3 VA		Sin Tope						
Injertos Hematopoyéticos							1.0 VA								
Prestaciones dentales (PAD) (1.i)										7 UF					
Prestaciones Fertilización PAD (1.e):															
Fertilización asistida baja complejidad Hombre								1.0 VA		4 UF					
Fertilización asistida baja complejidad Mujer										12 UF					
Fertilización asistida alta complejidad							Sin Tope								
PRESTACIONES RESTRINGIDAS															
Cirugía Metabólica, Fotorefractiva (lasik), PET-CT (2.e)		25% de la cobertura general del plan.													
Día Cama Psiquiatría (1.a.4)		Sólo Cobertura Libre Elección.					80%		1.8 UF		10 UF				
Medicamentos en Hospitalización Psiquiátrica (1.f)(1.a.4)									2.8 UF						
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas (1.a.4)									2.7 VA						
Día Cama Clínica de Recuperación (1.a.4)									1.1 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.					70%		2.0 VA		Sin Tope				
Medicamentos ambulatorios (1.j)(2.j)									0.8 UF						
Óptica (1.h)		Sólo Cobertura Libre Elección.					70%		1.0 UF		1 UF				
Traslados médicos (1.i)									4.0 VA		Sin Tope				
Cobertura internacional (1.k)		La cobertura internacional se rige por los porcentajes de bonificación y topes de la libre elección y está afecta a un tope anual por beneficiario de UF 1.000.													
ATENCIÓN DE URGENCIA INTEGRAL (2.j)(1.g)		Clínica Bupa Santiago – Clínica Dávila													
		Copago Fijo Urgencia Simple					Copago Fijo Urgencia Compleja (2.j)								
		0.90 UF					3.10 UF								
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)															
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 PREFERENTE															

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