

Nombre: **CAMPUS BUPA MAX 600 219**
Código: **3CBMX60219**

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

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO CERRADO (1.a)

PRESTACIONES	% de bonificación	Tope de bonificación	Tope máximo año contrato por beneficiario (2.a)	
HOSPITALARIAS Y CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (1.f.1)				
Día Cama	34 PRESTACIONES GARANTIZADAS (1.b) Copago Fijo por Evento de: UF 8 OTRAS PRESTACIONES 90% Sin Tope Clínica RedSalud Providencia 90% Sin Tope Clínica Juan Pablo Segundo 90% Sin Tope Clínica RedSalud Santiago 90% Sin Tope Clínica Dávila y CLÍNICA BUPA SANTIAGO 90% Sin Tope Clínica RedSalud Vitacura Copago Máximo por Evento de: UF 20 Habitación Individual y Doble ** Staff Médicos ISA - Staff Médicos Clínicas		Sin Tope	
Día Cama Cuidados Intensivos o coronarios				
Día Cama Cuidados intermedios				
Derecho de Pabellón				
Exámenes de laboratorio				
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				
Kinesiología y fisioterapia				
Medicamentos (2.b)				
Materiales e insumos clínicos (2.b)				
Visita por médico tratante (1.h)				
Visita por médico interconsultor (1.h)				
Honorarios médicos quirúrgicos				
Procedimientos (1.g)				
Drogas biológicas (tope mensual) (2.f)				80%
Quimioterapia (2.e)	40.00 UF	120.00 UF		
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis	80%	2.68 VA	Sin Tope	
Traslados Médicos (1.n)		3.02 VA		
AMBULATORIAS				
Consulta médica	80% Integramédica y Clínica Bupa Santiago		Sin Tope	
Exámenes de laboratorio	80% Integramédica y Sonorad 70% Clínica Bupa Santiago			
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)				
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)				
Honorarios médicos ambulatorios (1.o)				
Procedimientos (1.g)				
Atención integral de enfermería (1.s)				
Atención integral de nutricionista				
Kinesiología y fisioterapia				
Pabellón ambulatorio (2.d)	65% Integramédica y Sonorad 55% Clínica Bupa Santiago			
Radioterapia				
Consulta psiquiatría				2.02 VA
Consulta psicológica				2.02 VA
Fonoaudiología				1.70 VA
Prótesis y órtesis	2.68 VA			
Prestaciones dentales (PAD) (1.k)	40%	1.00 VA	7.00 UF	
Prestaciones fertilización (PAD) (1.i):				
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Hombre		1.00 VA	4.00 UF	
Tratamiento Fertilización asistida baja complejidad Mujer		1.00 VA	12.00 UF	
Quimioterapia (2.e)	80%	Clínicas Dávila y Bupa Santiago	40.00 UF	120.00 UF
PRESTACIONES RESTRINGIDAS (1.f.2)				
Cirugía de Bariátrica, Metabólica, Fotorefractiva (lasik) PET-CT (1.q)(2.c)	25% de la Cobertura General del Plan			
Medicamentos en hospitalización Psiquiátrica (1.j)	70%		5.50 VA	11.00 UF
Día Cama Psiquiatría				
Prestaciones Psiquiátricas Hospitalizadas				
Día Cama Clínica de Recuperación				
OTRAS COBERTURAS				
Medicamentos ambulatorios (1.l)	80%		3.50 VA	Sin Tope
Óptica (1.m)			2.40 UF	2.40 UF
Box Ambulatorio (1.o)(2.d)			3.50 VA	Sin Tope
ATENCIÓN DE URGENCIA (1.p)				
Consulta de Urgencia	80%	Clínica Bupa Santiago	Sin Tope	
Medicamentos ambulatorios (1.l)				
RNM – PRO – HMQ – DPA	70%			
EXS – RX – TAC – ECO				
ATENCIÓN DE URGENCIA INTEGRAL (2.g)(1.p)	Clínica RedSalud Santiago - Clínica RedSalud Providencia (sólo urgencia adulto) - Clínica Dávila			
	COPAGO FIJO URGENCIA SIMPLE		COPAGO FIJO URGENCIA COMPLEJA (2.g)	
URGENCIA ADULTO	1.00 UF		3.00 UF	
URGENCIA PEDIATRICA	1.00 UF		1.70 UF	
URGENCIA MATERNIDAD	0.50 UF		0.85 UF	
URGENCIA TRAUMATOLOGICA	1.50 UF		2.30 UF	
PRESTADORES DERIVADOS				
PRESTACIONES AMBULATORIAS	Hospital Clínico Universidad de Chile			
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR ABULATORIA (1.e.2)	Hospital Clínico Universidad de Chile (Habitación Institucional)			
Cobertura Internacional (1.u)	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.			
VER NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD PARA LA APLICACIÓN DE LA COBERTURA CERRADA.				

Nombre: **CAMPUS BUPA MAX 600 219**
Código: **3CBMX60219**

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base (3.b)

Precio Total según composición del grupo familiar

TABLA DE FACTORES N° 537

Edad (Años)	Contratante		Cargas	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0 a menos de 2	1.80	1.80	1.80	1.80
2 a menos de 5	0.95	0.80	0.80	0.77
5 a menos de 10	0.75	0.55	0.63	0.55
10 a menos de 15	0.65	0.55	0.55	0.55
15 a menos de 20	0.60	0.70	0.55	0.60
20 a menos de 25	0.70	1.55	0.68	0.92
25 a menos de 30	0.80	2.15	0.68	1.50
30 a menos de 35	1.00	3.30	1.00	1.80
35 a menos de 40	1.10	3.05	1.10	1.65
40 a menos de 45	1.30	2.40	1.30	1.55
45 a menos de 50	1.45	2.45	1.45	1.60
50 a menos de 55	1.75	2.70	1.75	1.90
55 a menos de 60	2.40	3.20	2.40	2.10
60 a menos de 65	3.10	3.50	3.10	2.50
65 a menos de 70	4.30	3.70	4.30	3.00
70 a menos de 75	4.50	3.80	4.50	3.25
75 a menos de 80	5.50	4.50	5.50	4.50
80 y más	5.50	4.90	5.50	4.50

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

Nombre: **CAMPUS BUPA MAX 600 219**
Código: **3CBMX60219**

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. No está afecto a reembolsos. Cualquier prestación que se realice fuera de la Red de clínicas Campus Bupa Max - INTEGRAMÉDICA, no estará afecto a cobertura, no tiene reembolso.

1.b) Prestaciones garantizadas:

2004001	Aborto Retenido, Vaciamiento	2104156	Inestabilidad Crónica de rodilla
1302028	Adenoidectomía	1703027	Ligadura Otros Troncos Venosos
1302029	Amigdalotomía c/s Adenoidectomía	2104159	Meniscectomía por vía Artroscópica
1802053	Apendicetomía y/o Absceso Apendicular	2003008	Miomectomía
1202064	Catarata (Incluido Lente Intraocular)	1302008	Mucositis Timpánica
2004013	Parto vía Cesárea	2003001	Ooforectomía
1902082	Circuncisión	1902066	Orquidopexia un lado
1802081	Colecistectomía Laparoscópica	2004003	Parto
2104093	Dedo en gatillo	2003025	Quiste y/o Desgarro y/o Tabique Vaginal
2003003	Embarazo Ectópico	2004002	Raspado Uterino diagnóstico o terapéutico
2104190	Hallux Valgus	2104051	Ruptura Manguito Rotadores
1803018	Hemorroidectomía	1703030	Safenectomía interna y/o externa unilateral
1103049	Hernia del núcleo Pulposo	2003005	Salpingectomía unilateral o bilateral
1802001	Hernia Diafragmática	1402001	Tiroidectomía bilateral total
1802003	Hernia Inguinal, Crural o Umbilical	1103066	Túnel Carpiano
2003016	Histerectomía total c/op. Incontinencia Urinaria	1902021	Uretero o Nefro-Litotomía Endoscópica
2003010	Histerectomía total vía Abdominal	1902075	Varicocele unilateral

1.c) Exclusiones y Restricciones de las Prestaciones Garantizadas con Copago Fijo

- 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.
 - 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.
 - 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 imposterizable.
- 1.d) Las coberturas cerradas 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 a los procedimientos definidos en el documento "Condiciones de la Oferta Cerrada" que forma parte del contrato.

1.e) **RED AMBULATORIA PLANES CAMPUS BUPA MAX: CLÍNICA BUPA SANTIAGO y todos los centros médicos INTEGRAMÉDICA y SONORAD a nivel Nacional.**

- Los topes de bonificación que no son "Copagos fijos", se expresan en veces el Arancel CruzBlanca- 30. Isapre Cruz Blanca garantiza para todas las prestaciones que corresponden a codificación Fonasa, la cobertura financiera del arancel Fonasa en su modalidad de libre elección, si ésta última fuera superior a lo señalado por el Arancel Cruz Blanca 30.
- En caso de insuficiencia de los Centros Especificados de INTEGRAMÉDICA o alguno de los prestadores hospitalarios, el beneficiario recibirá la misma cobertura señalada en el Plan de Salud Complementario si utiliza los prestadores derivados correspondientes. Tratándose de la cobertura de Honorarios Médicos, sólo corresponderá cobertura cerrada si utiliza médicos suscritos al convenio para el Plan.

1.f) **DERIVADO HOSPITALARIO: Hospital Clínico Universidad de Chile (Habitación Institucional)**

DERIVADO AMBULATORIO: Hospital Clínico Universidad de Chile

- Para determinar la cobertura hospitalaria, el beneficiario deberá utilizar el tipo de habitación, 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. No se cubre Suite o Departamento.
 - Estas prestaciones contemplan una cobertura restringida en el Plan de Salud.
 - Este Plan aplicará cobertura cerrada 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 imposterizable. 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 esta cobertura ninguna hospitalización programada. La cobertura consistirá en aplicar a la atención ambulatoria en el servicio de urgencia y a la cuenta hospitalaria regional, los montos bonificados que Cruz Blanca hubiera pagado si la atención se hubiere efectuado en **Clínica RedSalud Santiago**. Serán de cargo del beneficiario, las diferencias del precio cobrado por el prestador ajeno al Plan cerrado.
- 1.g) 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.h) Se bonificará visita interconsultor sólo con indicación del médico tratante.
- 1.i) 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.j) El tope de medicamentos en hospitalización Psiquiátrica es por evento.
- 1.k) Podrán acceder a las prestaciones PAD Dentales sólo los beneficiarios, niños y jóvenes entre 12 y 17 años 11 meses y 29 días que presenten caries en una o más piezas dentales.
- 1.l) La cobertura por este concepto corresponde solo en atención de urgencia, cirugía ambulatoria de prestaciones asociadas a un pabellón con un quarismo 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) Las prestaciones ambulatorias de box, derecho de pabellón y honorarios médicos quirúrgicos ambulatorios tendrán una cobertura equivalente a la atención hospitalizada sólo tratándose de intervenciones quirúrgicas que se encuentren asociadas a un pabellón 5 o superior, a uso de anestesia general, o a la utilización de un box ambulatorio por 4 horas o más.
- 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 y Lasik, corresponde al evento hospitalario completo.
- 1.r) 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 que determine la isapre.
- 1.s) 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.t) En intervenciones quirúrgicas asociadas a un pabellón 5 o superior, o uso de anestesia general, estos ítems: Pabellón y Honorarios Médicos, tendrán la cobertura equivalente a la atención hospitalizada.
- 1.u) 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.

2) Definiciones VA = Veces Arancel, UF = Unidad de Fomento.

(**) Staff Médicos ISA = Médicos staff Integrada en convenio con CruzBlanca.

(**) Staff Médicos Clínicas = Médicos staff Clínicas Bupa Santiago – RedSalud Providencia – Juan Pablo Segundo – RedSalud Santiago – Dávila – RedSalud Vitacura 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.

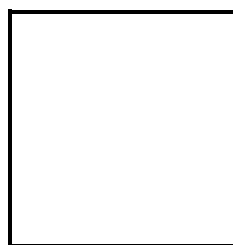
- 2.a) Tanto el tope general anual por beneficiario, como los montos máximos usuario año son únicos. El valor indicado rige para cada beneficiario por año vigencia de beneficios. La bonificación corresponde a la diferencia entre el precio de la prestación menos el copago del afiliado. Cuando la suma 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. Se entiende por Cirugía Metabólica al by pass gástrico, sea efectuado en pacientes obesos o no. La exclusión de cobertura cerrada de la Cirugía Bariátrica y Cirugía Lasik, 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.
- 2.g) 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 de los 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 Dávila deberá ser en Habitación Doble.

3) Valor de Conversión de la unidad de fomento a utilizar

- 3.a) Para las bonificaciones: Si los topes están expresado 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.
- 3.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.

4) 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 1° 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