CruzBlanca Protección

PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE

CruzBlanca Parte de Bupa

PROTECCIÓN 3 400 626

PROT304626

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

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	**80% Sin Tope** Clínica Bupa Santiago **70% Sin Tope** Clínica Dávila (Recoleta), Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Hospital del Profesor **60% Sin Tope** Clínica Indisa (Providencia y Maipú) (1.a.2) Habitación Individual y Doble (1.a.2.1) Staff Médicos Clínicas (1.a.2.2) (1.a.2.3)		Sin Tope	**60%**	3 UF	Sin Tope
Día Cama Cuidados Intensivos, Coronarios o Intermedios					7 UF	
Día Cama Sala Cuna - Fototerapia					1,5 UF	
Día Cama Observación - Recuperación					3,5 VA	
Derecho de Pabellón					2 VA	
Exámenes de Laboratorio					1 VA	
Exámenes de Histopatología					1 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					1 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1 VA	
Kinesiología y fisioterapia					1,5 VA	20 UF
Medicamentos (1.f)(2.i)			400 UF		20 UF	200 UF
Materiales e insumos clínicos (1.f)(2.i)					15 UF	
Procedimientos (1.a.2.3)(1.c)			Sin Tope		1,5 VA	Sin Tope
Honorarios médicos quirúrgicos (1.a.2.3)					1,5 VA	
Visita por médico tratante o médico interconsultor (1.a.2.3)(1.b)					0,5 UF	
Drogas Biológicas (2.f)(2.i)	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.3)				30 UF	200 UF
Quimioterapia (2.d)(2.i)						
Prótesis, órtesis y elementos de osteosíntesis					3,5 VA	Sin Tope
Traslados Médicos (1.i)					2,5 VA	
Injertos Hematopoyéticos					1 VA	
Tratamientos Fertilización Asistida **PAD** (1.e)					1 VA	
AMBULATORIAS						
Consulta médica	**90% Sin Tope** Integramédica **60% Sin Tope** Clínica Bupa Santiago **50% Sin Tope** Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Dávila (Recoleta) (1.a.1)		Sin Tope	**50%**	0,5 UF	Sin Tope
Consulta médica de telemedicina en especialidad (1.m)					0,5 UF	
Consulta oftalmológica					0,5 UF	
Exámenes de Laboratorio					1 VA	
Exámenes de Histopatología					1 VA	
Imagenología (Rayos; Scanner; Ecotomografía)					1 VA	
Pabellón Ambulatorio (2.a) (1.d)					1 VA	
Procedimientos (1.c)					1 VA	
Honorarios médicos quirúrgicos (1.d)					1 VA	
Imagenología (Resonancia Nuclear Magnética)					1 VA	
Kinesiología y fisioterapia			20 UF		1 VA	10 UF
Radioterapia	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.3)				1 VA	200 UF
Quimioterapia (2.d)(2.i)					20 UF	200 UF
Atención integral de enfermería (2.h)					1 VA	Sin Tope
Atención integral y Consulta Nutricionista (1.l)					1 VA	6 UF
Fonoaudiología					1 VA	10 UF
Prótesis y órtesis					3,5 VA	Sin Tope
Injertos Hematopoyéticos					1 VA	
Prestaciones Dentales **PAD** (1.k)						7 UF
Tratamientos Fertilización Asistida **PAD** (1.e)						
Clínica de Lactancia (0 y 6 meses de edad) **PAD** (1.n)						Sin Tope
Mal Nutrición Infantil (7 y 72 meses de edad) **PAD** (1.o)						
PRESTACIONES RESTRINGIDAS						
Día Cama Clínica de Recuperación	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.3)			**60%**	0,5 UF	10 UF
Cirugía Fotorefractiva (Lasik), PET-CT (2.e)	25% de la Cobertura General del Plan					
OTRAS COBERTURAS						
Cirugía de Bariátrica, Metabólica (2.e)	60% Sin Tope Clínica Bupa Santiago			25% de la Cobertura Libre Elección		
Box ambulatorio (1.d)	Idéntica cobertura preferente ambulatoria			**50%**	1,5 VA	Sin Tope
Medicamentos ambulatorios (1.j)(2.i)					0,75 UF	
Óptica (1.h)	Sólo Cobertura Libre Elección (1.a.3)				0,75 UF	0,75 UF
Traslados médicos (1.i)					2,5 VA	Sin Tope
Prestaciones con Pago Asociado a Diagnóstico (**PAD**) (1.p)				**100%**	1 VA	Sin Tope
ATENCIONES DE URGENCIA (1.a.2.5) (1.g)						
ATENCIONES DE URGENCIA INTEGRAL	**Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Clínica Indisa (Providencia y Maipú)**					
	Copago Urgencia Simple	**Copago Urgencia Compleja**				
	0,9 UF	3,1 UF				
Consulta de Urgencia (1.a.2.4)	Idéntica cobertura preferente ambulatoria			**50%**	1 UF	Sin Tope
RNM – PRO – HMQ – DPA						
EXS – RX – TAC – ECO						
Medicamentos ambulatorios (1.j)						
PRESTADOR DERIVADO (1.a.2.6)						
Prestaciones Ambulatorias	Clínica Parroquial de Sn. Bernardo					
Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria	Clínica Parroquial de Sn. Bernardo					

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

CruzBlanca Protección

PROTECCIÓN 3 400 626
PROT304626

CruzBlanca Parte de Bupa

PRECIO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO

Precio Base _____
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

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): 5000
Modalidad Arancel: $

Firma Afiliado
Nombre
Rut
Fecha

HUELLA DACTILAR
AFILIADO

Firma Representante ISAPRE
Nombre
Rut
Fecha

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: **Integramédica, Clínica Bupa Santiago, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), Clínica Hospital del Profesor, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Dávila (Recoleta).**
1.a.2) Oferta preferente Hospitalaria: **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Hospital del Profesor, Clínica Indisa (Providencia y Maipú).**
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 **PROTECCIÓN 3 400 626** todos los profesionales médicos que trabajan en **Clínica Bupa Santiago, Clínica Dávila (Recoleta), Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Hospital del Profesor, Clínica Indisa (Providencia y Maipú)** y que tienen convenio con la Isapre CruzBlanca de la oferta preferente. Validar listado de médicos a través cualquiera de nuestros canales de contacto 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, qué 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 PROTECCIÓN 3 400 626 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) Clínica Parroquial de Sn. 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.a.3) Estas prestaciones se exceptúan de la cobertura preferencial, otorgándose sólo cobertura en modalidad Libre Elección.
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 definido para la cobertura de Medicamentos e Insumos Hospitalizados es por evento hospitalario.
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) 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.l) La primera consulta de nutricionista, dentro del año calendario, deberá ser indicada por el médico tratante.
1.m) Sólo tendrán cobertura las consultas de telemedicina de las especialidades aquellas que se encuentran codificadas por Fonasa. Para el otorgamiento de la bonificación, la Isapre podrá requerir al beneficiario que acredite la realización de la atención a través de una boleta o factura emitida por el prestador, en que conste expresamente el código de la consulta médica de Telemedicina realizada. Asimismo, podrá solicitar cualquier otro documento que dé cuenta del otorgamiento efectivo de la prestación.
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) Estas prestaciones incluyen las coberturas integrales dos consultas profesionales por nutricionista principalmente, siendo una de ellas de seguimiento, dos sesiones de consejería en técnicas de lactancia y alimentación saludable, una atención psicológica a la madre, cuando se requiera, e insumos de enfermería en general. Asimismo, en caso de sospecha de alergias alimentarias o alguna patología del niño(a), incluirá la consulta por médico pediatra.
1.p) 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), Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Hospital del Profesor, Clínica Indisa (Providencia y Maipú), 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 quimioterápicos 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) 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.

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