

## PLAN GRUPO CRUZ NACIONAL URGENCIA AMBULATORIA

**SERVICIOS MÉDICOS CRUZ NACIONAL SpA.**, RUT N° 76.986.547-0, domiciliada para estos efectos en calle Francisco Noguera N° 217, oficina 30, comuna de Providencia, ciudad de Santiago, Región Metropolitana, en adelante indistintamente **Grupo Cruz Nacional** o "**El Prestador**", y el Contratante, debidamente individualizado previamente en este documento, se celebra el presente Contrato de Prestación de Servicios Médicos, en adelante "**El Plan Grupo Cruz Nacional**" o genéricamente "**El Plan**" o el "**Plan de Salud**", conforme a los términos y condiciones señalados en el presente documento, en adelante "**El Contrato**":

### 1. ANTECEDENTES.

El Prestador directamente y/o a través de sus sociedades relacionadas, pertenecientes a **Grupo Cruz Nacional** poseen las instalaciones, personal, equipamiento y conocimiento necesarios para otorgar una adecuada atención de salud para las enfermedades consideradas en este Plan de Salud, de acuerdo a su nivel de resolución clínica. Los servicios de salud objeto del presente Contrato se prestarán, exclusivamente en los Establecimientos Prestadores señalados en el presente Instrumento y de acuerdo a los servicios que en dichos establecimientos se pueden prestar. Por lo anterior el presente Plan no comprende prestaciones no contempladas o no prestadas en los Establecimientos del Prestador, así como tratamientos de urgencias o traslados a otros centros asistenciales.

Para los efectos de lo señalado en el párrafo precedente, se deja constancia que el Prestador mantiene contratos de prestación de servicios con los diversos prestadores y/o empresas relacionadas pertenecientes a **Grupo Cruz Nacional** para la efectiva y debida prestación de los Servicios regulados por el Presente Contrato.

### 2. DEFINICIONES.

Para los efectos del Contrato y sus respectivos Anexos, se entenderá por:

- 2.1. **Anexos o Instrumentos Complementarios:** Se entenderá por tal, todo documento complementario al presente contrato, tales como pero no limitados al Formulario de Contratación, documentos de cotización, Comprobante de Contrato, Mandatos de pago y el Anexo de descripción de los beneficios del Contrato, además de otros que puedan incorporarse con posterioridad.

Asimismo, se entenderán formar parte del Contrato, todas las comunicaciones y/o notificaciones en formato electrónico, que impliquen modificación de términos y condiciones enviadas al Contratante o directamente a los beneficiarios al término de la vigencia o incluso durante su vigencia.

Todos los anteriores se entenderán formar parte integrante del Contrato para todos los efectos.
- 2.2. **Beneficiario:** Persona natural incluida en los Formularios de Contratación, a petición expresa y bajo exclusiva responsabilidad del Titular, a quien se le aplicarán los mismos requisitos, obligaciones y beneficios del Contratante.
- 2.3. **Comprobante de Solicitud/Contrato:** Documento que se visualiza y/o formaliza al término del proceso de contratación exitosa, mismo documento que es enviado vía correo electrónico al

Contratante, en el cual se incluirán archivos adjuntos, tales como el Contrato y Anexo con el detalle de los beneficios contratados, y el detalle de los Beneficiarios del Plan.

- 2.4. **Contratante o Titular:** Persona natural que celebra la Solicitud/Contrato, sobre quien recaen, las obligaciones y cargas del Contrato, en especial las de realizar las declaraciones solicitadas. Este podrá tener a su vez la calidad de Beneficiario.
- 2.5. **Copago:** Es la suma que debe pagar el Beneficiario luego de aplicar la bonificación del Sistema Previsional, seguros complementarios u otras coberturas de salud, al valor convenido de la prestación médica otorgada.
- 2.6. **Establecimientos Prestadores:** Se entenderán como tales los establecimientos de salud pertenecientes o administrados por las siguientes sociedades: (1) Clínica Cruz Nacional Independencia (2) Clínica Cruz Nacional Puente Alto Los Beneficiarios pueden informarse de los lugares físicos a que corresponden tales prestadores en [www.cruznacional.cl](http://www.cruznacional.cl). Estos Establecimientos podrán ser modificados y/o reemplazados por el Prestador de acuerdo con su estructura operacional interna.
- 2.7. **Formulario de Contratación:** Formulario físico (presencial) o web (electrónico) por el cual el Contratante solicita formalmente al Prestador la celebración del Contrato.
- 2.8. **Pagador:** Persona Natural que igualmente puede asumir en forma voluntaria la obligación de pagar el aporte anual del Plan. No necesariamente debe ser el Contratante o Beneficiario del Plan.
- 2.9. **Sistema Previsional de Salud o El Sistema:** Sistema de Salud Previsional integrado por instituciones y organismos públicos y privados. El sector público está representado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, y el sector privado por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES.
- 2.10. **Seguros:** Se entenderá por tal todo seguro no previsional, que cubra directa o indirectamente gastos médicos y/o beneficios o prestaciones médicas al Beneficiario, incluyendo en éstos a los Departamentos de Bienestar y seguros complementarios, y también para los efectos de este Contrato, a los seguros de enfermedades profesionales, en la medida que pueda existir una enfermedad de fuente laboral, como así también los seguros obligatorios de accidentes personales (SOAP).

### 3. OBJETO DEL CONTRATO Y LOS SERVICIOS A SER OTORGADOS.

En virtud de la contratación del Plan, el Prestador otorgará el servicio de atención médica sólo para las urgencias ambulatorias y que corresponde a las prestaciones y/o beneficios no exceptuados en el presente Contrato, incluyendo aquellos especialmente descritos en el Anexo respectivo, realizados dentro del **Grupo Cruz Nacional**, hasta agotar el monto máximo de beneficios acordados, todo según los términos y condiciones que se estipulen en el Contrato y sus Anexos. Se activará el otorgamiento de las prestaciones cubiertas por este contrato una vez iniciada la vigencia del mismo, desde el cuarto día hábil desde firmado el contrato. Para calcular el monto de los beneficios efectivos a ser otorgados por **Grupo Cruz Nacional**, se deberán descontar previamente los aportes y/o bonificaciones y/o pagos correspondientes a las prestaciones de salud y seguros complementarios del Beneficiario, las que se cobrarán a los respectivos Sistemas de Salud Previsional y/o Seguros del Beneficiario.

### 4. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, PAGADOR Y BENEFICIARIO.

Son obligaciones individuales del Contratante y Beneficiario el dar estricto cumplimiento a las disposiciones de este Contrato y, en especial, las siguientes:

#### **Obligaciones del Contratante:**

- 4.1. Contestar y/o declarar verazmente y sin omisiones todas las consultas e información requerida en el Formulario de Contratación tanto para el Titular como para cada uno de los Beneficiarios. En caso de detectarse falsedades en tales respuestas, declaraciones y/o antecedentes entregados, El Prestador podrá rechazar el otorgamiento de todo beneficio y/o prestación cubierta por el Contrato, junto con ponerle término inmediato e ipso facto al mismo, sin necesidad de previa declaración judicial, arbitral o de otra clase.
- 4.2. Indicar de forma clara y precisa su correo electrónico vigente con el objeto de asegurar la entrega de la información de la clínica, y para recibir oportunamente las comunicaciones remitidas. Es responsabilidad del Contratante revisar su correo electrónico, incluidas su bandeja de spam y de correos no deseados, con tal de asegurar la recepción de la información. Se presumirá como enviada por parte de Cruz Nacional, al enviarla al correo electrónico señalado en el formulario de contratación.

#### **Obligaciones de los Beneficiarios:**

- 4.3. Cumplir con los tratamientos prescritos por el Médico tratante o indicados por cualquier profesional médico de **Grupo Cruz Nacional**, además de otras indicaciones médicas que seandispuestas para su propio beneficio, incluyendo asistir a controles y chequeos médicos cuando corresponda.
- 4.4. Cumplir con las exigencias establecidas por el Prestador para garantizar el pago de las atenciones otorgadas en cada Establecimiento.
- 4.5. Es obligación del Beneficiario, gestionar previamente a la aplicación de la cobertura del Plan de Salud, la bonificación de las distintas capas previsionales y de seguros que posea. Sin estas gestiones no se podrá exigir la aplicación de las coberturas del Plan de Salud.
- 4.6. Es obligación del Beneficiario entregar al Prestador toda la información que este requiera le requiera para la correcta evaluación de los diagnósticos y valoración de los beneficios reclamados.
- 4.7. Es obligación del Beneficiario contar con su tarjeta del club, para optar a los beneficios cien porcientos gratuitos de Cruz Nacional

### **5. OBLIGACIONES DEL PRESTADOR.**

El Prestador se obliga a entregar todos los beneficios y/o prestaciones acordadas en el Contrato y Anexos, a partir de la fecha de inicio de su vigencia desde el cuarto día hábil desde suscrito el contrato.

Las prestaciones se entregarán solo durante los días y horarios en que Clínica Cruz Nacional permanezca abierto para atención a pacientes.

Conforme los términos y condiciones de los Anexos, el Contrato no tiene límite máximo de eventos durante la vigencia.

Del mismo modo y conforme a los anexos el presente Plan no comprende prestaciones no contempladas o no prestadas en los Establecimientos del Prestador, así como tratamientos de urgencias o traslados a otros centros asistenciales.

### **6. RESTRICCIONES Y CONDICIONES ESPECIALES DE OTORGAMIENTO DE BENEFICIOS.**

Este Contrato sólo aplica respecto de atenciones médicas de urgencia ambulatoria otorgadas en los Establecimientos Prestadores. Por ende, no reembolsa ni cubre gastos que se hayan realizado o efectuado fuera de tales recintos, ni de la derivación o traslados de o a la clínica.

El Prestador no asumirá ni otorgará beneficio o prestación médica alguna, ni podrá verse obligado a efectuar ningún tipo de devolución, respecto de aquellos gastos que se originen y que hubiesen sido realizados o practicados en hospitales, clínicas, fundaciones, ambulancias, traslados y en general cualquier tipo de centro asistencial que no sean los Establecimientos Prestadores.

Tampoco estarán cubiertos aquellos gastos que se originen producto de atenciones, consultas y/o procedimientos realizados fuera de los Establecimientos Prestadores o boletas que no hayan sido emitidas por alguno de los Establecimientos Prestadores, aun cuando se trate de médicos pertenecientes al staff del Prestador directa o indirectamente.

#### **Imposibilidad de otorgamiento de Prestaciones médicas por Grupo Cruz Nacional:**

Ante la imposibilidad del Prestador, por cualquier motivo o causal, de prestar alguno de los servicios o beneficios que usualmente otorga en sus Establecimientos Prestadores y que estén contemplados en el presente contrato dentro de tales Establecimientos, la Dirección Médica de **Grupo Cruz Nacional** podrá autorizar el traslado del paciente a otro centro asistencial que se encuentre dentro de la Región Metropolitana, previa orden del médico tratante de **Grupo Cruz Nacional**, para que se realice la prestación médica que no se pudo otorgar en **Grupo Cruz Nacional**. Siendo siempre la primera opción derivar entre las distintas sucursales de Clínica Cruz Nacional.

Ante la imposibilidad del Prestador, por cualquier motivo o causal, de prestar alguno de los servicios o beneficios que usualmente NO otorga en sus Establecimientos Prestadores y que NO estén contemplados en el presente contrato dentro de tales Establecimientos, el paciente será derivado a otro centro asistencial. En este caso el Prestador no asumirá ni podrá verse obligado a efectuar ningún tipo de devolución, respecto de aquellos gastos que se originen y que hubiesen sido realizados o practicados en hospitales, clínicas, fundaciones, ambulancias, traslados, y en general cualquier tipo de centro asistencial o asistencia que no sean los Establecimientos Prestadores, por cuanto tratarse de prestaciones no comprendidas en el presente Plan y que el Prestador no otorga en sus establecimientos.

### **8. VALORIZACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES Y/O BENEFICIOS.**

- 8.1. **Valorización de las Prestaciones y/o Beneficios:** Para efectos de determinar el monto de los beneficios que se otorguen en virtud de este Contrato y monto máximo si llegase a aplicar, se establece que éstos se calcularán según los aranceles convenidos por el Prestador de acuerdo con el Sistema Previsional de Salud del Beneficiario, vigentes al momento de requerirse los beneficios. De la misma forma se valorizarán los honorarios médicos. Para el caso que se realicen prestaciones que no se encuentren en convenio entre la clínica y el Sistema Previsional de salud del Beneficiario o este no cuente con el mismo, Estas prestaciones se valorizaran de acuerdo al arancel vigente a la fecha de realizarla en la sucursal de la Clínica en la cual se estuviera realizando.

Respecto de los beneficios del Plan, éstos se obtendrán descontando la bonificación del Sistema Previsional, seguros complementarios u otras coberturas de salud que posea el beneficiario, al valor de las prestaciones antes mencionado.

- 8.2. **Aplicación de los beneficios:** para el caso de prestaciones ambulatorias, los beneficios se aplicarán en línea a través del sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED) otorgando de forma inmediata el beneficio, disminuyendo o eliminando el copago resultante dependiendo de la cobertura o a través de plataformas internas de la clínica. En caso de que no esté disponible o habilitado el sistema automático de reembolso de prestaciones (IMED), el paciente deberá pagar el 100% del valor de las prestaciones, para posteriormente reembolsar en su Sistema de Salud Previsional y seguros complementarios, si tuviere y luego solicitar al Prestador la devolución del copago correspondiente. En el caso que el beneficiario haya respaldado el copago al prestador con documentos a fecha, la devolución solo se materializará una vez que el prestador haya cobrado la totalidad del monto correspondiente al copago.

La solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que se realizaron las prestaciones, debiendo el Beneficiario hacer previamente uso de su sistema previsional de salud y seguro complementario, si tuviere estos. La no presentación de la solicitud de reembolso dentro de dicho plazo dará derecho al prestador a rechazar la solicitud de reembolso.

- La solicitud de reembolso de copago, tanto para prestaciones ambulatorias se podrá hacer de forma remota a través de correo electrónico. En este caso, el Beneficiario deberá enviar el número de ficha de atención de urgencia en Clínica Cruz Nacional, donde salga explícitamente el tratamiento otorgado con motivo de su urgencia al email [contacto@cruznacional.cl](mailto:contacto@cruznacional.cl) para tener derecho a la devolución o a la contabilización del gasto como deducible, según corresponda,

El Prestador se reserva el derecho de solicitar antecedentes adicionales que permitan la mejor evaluación del caso. La documentación requerida debe ser entregada en un plazo máximo de 60 días contados desde la petición del prestador. La negativa u omisión a lo requerido, faculta al prestador para dar por concluida la petición de devolución o cobertura del episodio médico.

Es obligación del Beneficiario utilizar todas sus capas de productos de salud, incluyendo previsión y todos los seguros, previo a la aplicación de los beneficios del **Plan Grupo Cruz Nacional**.

La devolución del copago se realizará en un plazo máximo de 7 días hábiles, mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente informada por el Beneficiario.

En caso de que el Beneficiario sea menor de edad la devolución será realizada al titular del Plan de Salud.

### 9.3. Prestaciones no cubiertas:

En caso de que se realicen prestaciones que no están cubiertas en este plan, o que no tengan que ver con el motivo de la consulta de urgencia estas deberán pagarse en su totalidad sin contar con el beneficio de este plan.

## 10. VIGENCIA DEL CONTRATO.

El presente Contrato entrará en vigencia a partir del tercer día hábil desde la fecha de celebración del presente Contrato, según consta del envío del Comprobante de Contratación.

El contrato tendrá una vigencia anual (12 meses)

#### **11. TÉRMINO ANTICIPADO Y CADUCIDAD DEL CONTRATO.**

El Prestador estará facultado para poner término anticipado al Contrato o excluir del mismo a cualquiera de sus Beneficiarios en caso de que el Contratante o algún Beneficiario no cumpla con las obligaciones que éste impone.

El presente Contrato caducará automáticamente, sin necesidad de aviso previo, en los siguientes casos:

- 11.1. Si el Contratante proporciona a El Prestador cualquier tipo de información que pueda ser catalogada como falsa o incompleta.
- 11.2. En caso que el contratante o alguna de sus cargas viole reglamentos o disposiciones internas de los centros prestadores, artículos contenidos en ley de derechos y deberes de los pacientes o reglamentaciones establecidas por la autoridad sanitaria competente.
- 11.3. Sin perjuicio de lo anterior, para el caso que durante el tiempo de vigencia del contrato, por caso fortuito o fuerza mayor o bien ocurra un evento, cambio, hecho o circunstancia que se estime razonablemente pueda resultar o causar un cambio adverso significativo en el patrimonio y a economía, riesgo país, que pudieren hacer aconsejable al Prestador no perseverar en el contrato por verse forzado al cierre de las clínicas en las que se prestan estos beneficios, el Prestador estará facultado a poner término anticipado al presente Plan, debiendo restituir a quién lo contrató y pagó, el monto pagado por este Plan, en la proporción a los días y meses no cubiertos por el Plan, pudiendo retener la parte proporcional al plazo por el cual si estuvo vigente el Plan.

#### **12. AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA PARA EL PRESTADOR.**

El presente Contrato dice relación e implica responsabilidades para el Prestador exclusivamente en lo que tiene que ver con el otorgamiento de los beneficios y prestaciones. Por consiguiente, de forma alguna la celebración de este Contrato hace responsable al Prestador de la calidad de la atención médica ni tampoco del resultado de cada uno de los tratamientos que correspondan, los que serán de exclusiva responsabilidad de los respectivos Médicos y demás profesionales tratantes en cada caso, conforme a la Lex Artis.

#### **13. AUTORIZACIONES PARA RECABAR INFORMACION Y DATOS PERSONALES.**

En virtud de la sola incorporación de cualquier persona en calidad de Beneficiario del presente Convenio, se entiende que éste, conforme a lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y Ley N°20.584, sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, en lo referente al acceso y uso de datos personales y datos sensibles, otorgan expreso mandato y/o autorizan expresamente al área de Planes de Salud de **Grupo Cruz Nacional** y demás personas aludidas, para acceder a todos los antecedentes clínicos necesarios, que se encuentren a disposición del mismo Prestador de sus entidades relacionadas, con el objeto de evaluar la procedencia de cobertura respecto de cada episodio y/o prestación de salud según corresponda.

## **REQUISITOS PARA SER INCORPORADOS COMO BENEFICIARIOS AL PLAN URGENCIA AMBULATORIA CLINICA CRUZ NACIONAL**

Podrán ser incorporados como Beneficiarios: cualquier persona, siempre y cuando cumpla lo siguiente:

(1) Edad mínima de ingreso contratante: 1 año cronológico

### **16. FORMACIÓN DEL CONSENTIMIENTO.**

El Contratante declara, admite y acuerda que, al haber suscrito y enviado el Formulario de Contratación a través de los mecanismos habilitados para estos efectos, ha formado el consentimiento la confirmación, validación y aceptación por parte del Prestador de lo declarado en el Formulario de Contratación.

De igual forma reconoce y declara haber tenido en forma previa a la contratación, un acceso claro, comprensible e inequívoco de las condiciones del mismo, junto con haber recibido copia y/o tenido la posibilidad de descargar el Contrato en el sitio web habilitado para estos efectos por El Prestador.

### **17. NOTIFICACIONES Y COMUNICACIONES.**

Las notificaciones, avisos y correspondencia del Prestador al Contratante se harán o despacharán exclusivamente por vía electrónica, al correo electrónico señalado en el Formulario de Contratación Electrónico.

### **18. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.**

Toda dificultad que se produzca entre las partes en relación a la validez, nulidad, interpretación, ejecución o cumplimiento de alguna de las cláusulas de este Contrato, será resuelta por un mediador o amigable componedor, designado de común acuerdo. Si no hubiere solución amistosa, cualquier dificultad o controversia que se produzca entre los contratantes respecto de la aplicación, interpretación, duración, validez o ejecución de este contrato o cualquier otro motivo será sometida a arbitraje, conforme al Reglamento Procesal de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago, vigente al momento de solicitarlo.

Las partes confieren poder especial irrevocable a la Cámara de Comercio de Santiago A.G., para que, a petición escrita de cualquiera de ellas, designe a un árbitro mixto de entre los integrantes del cuerpo arbitral del Centro de Arbitraje y Mediación de Santiago.

En contra de las resoluciones del arbitrador no procederá recurso alguno, renunciando las partes expresamente a ellos. El árbitro queda especialmente facultado para resolver todo asunto relacionado con su competencia y/o jurisdicción.

### **19. DOMICILIO.**

Para todos los efectos legales, las partes fijan domicilio en la ciudad y comuna de Santiago.



## ANEXO DE PRODUCTOS

El presente Anexo es parte integrante del Contrato de Prestación de Servicios Médicos del **Plan Grupo Cruz Nacional URGENCIA AMBULATORIO**.

### PLAN Grupo Cruz Nacional URGENCIA

#### Plan de coberturas

Servicio	Cobertura Fonasa (*)	Prestaciones
Urgencia ambulatoria	Copago máximo de 1,5 UF por atención de urgencia	Consulta urgencia, imágenes de urgencia, procedimientos, laboratorio, insumos y medicamentos realizados en Clínica Cruz Nacional.

Se entiende por copago, la diferencia entre la cobertura del Sistema de Salud más la cobertura de los seguros que pudiere tener el paciente (complementarios, seguro obligatorio, SOAP) y el valor de la prestación que corresponda a cada paciente según el convenio la previsión con el Prestador. Todo consumo de prestaciones, debe tener relación al motivo de consulta. NO aplica para realización de exámenes de screening, medicina preventiva o chequeos de salud.

El Copago máximo de 1,5 UF es por persona y por cada oportunidad en el que se concurre a la urgencia, es decir corresponda al valor máximo a pagar por las prestaciones de urgencia convenidas en este contrato por cada oportunidad que algún beneficiario haga admisión en Clínica Cruz Nacional y haga uso del mismo convenio.

Beneficios adicionales:

1. Un chequeo preventivo previo agendamiento (Control de signos vitales, evaluación de antecedentes de riesgo a través de cuestionario y recomendación de exámenes) dentro de los 12 meses de vigencia del plan.
2. Un antígeno COVID 19 gratis durante alguna consulta de urgencias a partir de 30 días de contratado el plan y dentro de los 12 meses de vigencia del plan.
3. Una consulta de revisión de exámenes e interpretación de resultados gratis previo agendamiento de exámenes realizados en Clínica Cruz Nacional dentro de los 12 meses de vigencia del plan.

#### Condiciones de atención médica.

Para requerir la atención médica de El Prestador en virtud de este Convenio, el beneficiario afectado deberá presentarse en cualquier clínica de **Grupo Cruz Nacional** donde recibirá los servicios médicos que corresponda.

Los menores de edad deberán presentarse acompañados de sus padres, tutores legales o de la persona mayor de edad, a cuyo cuidado se encuentre el menor, quien adicionalmente deberá tener plena capacidad para obligarse y suscribir los documentos que sean necesarios en orden a que El Prestador pueda proveer al menor de la atención médica necesaria, los que, en este último caso, deberán ser ratificados por tales personas.

El paciente o su acompañante deberán informar, al ingreso al Servicio de Urgencia ambulatoria, su condición de beneficiario al presente Convenio, El Prestador exigirá al paciente que acredite su condición de beneficiario mediante la exhibición de la correspondiente cédula de identidad. En caso de que el paciente no pueda acreditar su calidad de Beneficiario, deberá pagar el valor íntegro de los servicios prestados. El mal uso del presente Convenio producirá la caducidad inmediata de los beneficios del mismo.

#### **Prestaciones otorgadas por Clínica Cruz Nacional**

Las prestaciones consideradas dentro del plan de urgencia ambulatoria de clínica cruz nacional motivo de este contrato son aquellas que se encuentren contenidos en el libro de aranceles disponible para público en salas de espera de las clínicas. Cobertura sobre ellas se otorgará solo al ser indicadas por un médico de clínica de cruz nacional con relación directa al motivo de consulta de urgencia actual del paciente. Dichas indicaciones no aplicaran para patologías crónicas.

Clínica Cruz Nacional no se hace responsable de quiebre de stock momentáneo declarados por prestadores de insumos.

#### **Exclusiones.**

La prestación de los servicios médicos de este convenio comprende patologías que sean consecuencia directa de lesiones de origen traumático y no traumático de acuerdo con lo señalado en la cláusula primera.

Quedan excluidas expresamente de este Convenio las siguientes prestaciones:

- Las hospitalizaciones
- Los beneficios del presente convenio no aplican a derivación ni traslado a otros centros asistenciales.
- Atenciones domiciliarias.
- Cirugía o procedimientos plásticos con fines estéticos.
- El agravamiento de lesiones y enfermedades preexistentes y/o secuelas que se deriven de traumatismos anteriores al período de vigencia de este Convenio.
- Gastos en prótesis, ortesis, muletas, sillas de ruedas, audífonos, lentes y otros dispositivos audiovisuales, como tampoco su reposición o reparación y la atención médica de lesiones derivadas de su uso.
- Adquisición o arriendo de silla de ruedas, camas médicas, ventiladores mecánicos, u otros similares.
- Atención particular de enfermería.
- Tratamientos psiquiátricos y psicológicos en general.

- Urgencias dentales.
- Gastos de comunicación como llamadas de larga distancia y a teléfonos celulares.
- Solicitud de segundas consultas con especialistas, en el caso de requerirlas, serán de costo exclusivamente de los pacientes.
- Gastos del acompañante
- Prestaciones o consultas que no tengan relación con el cuadro de urgencia por el cual se hizo la atención del evento
- No incluye exámenes generales de screening, exámenes preventivos o chequeos completos
- No incluye vacunas
- No incluye ortesis
- Los beneficios del convenio no son acumulables con otras promociones y/o descuentos
- Prestaciones que no realice Clínica Cruz Nacional

En caso de que se determine que la atención se encuentre excluida de la cobertura del Convenio, por alguna de las razones antes indicadas, deberá el propio paciente, terceros o familiares hacerse responsables del pago de las prestaciones médicas otorgadas a consecuencia de alguna de las circunstancias descritas precedentemente, garantizando tales pagos debidamente.

Los siguientes cuadros deben ser estudiados y manejados en centros de alta complejidad, por lo cual en caso de ser detectadas durante una consulta en clínica cruz nacional están serán derivada al lugar indicado.

Urgencias de alta complejidad como:

- Sospecha de síndrome coronario agudo, ataque cardiaco o cerebral, respiración dificultosa, ingestión de venenos o sobredosis, trauma o quemaduras mayores, fracturas con exposición de huesos; TEC, convulsiones, sangrado Incontrolable, complicaciones en el embarazo, consulta gineco obstétrica, menores de dos años con fiebre persistente y todos los menores de 3 meses.
- Ante la eventualidad de una emergencia con riesgo vital (Incluye cuadros que puedan generar secuelas funcionales graves) o que requieran hospitalización, el paciente será derivado a un centro de alta complejidad.
- Ante la sospecha de patología que requiera cirugía, procedimientos complejos u hospitalización el paciente será derivado a otro centro asistencial.

### **Cierre de cuenta.**

Para todos los efectos del presente Convenio, se entiende que el contratante y/o beneficiario autorizan expresamente a El Prestador, para remitir a las entidades previsionales o aseguradoras privadas de salud, los antecedentes clínicos que sean solicitados por dichas entidades u organismos fiscalizadores, incluyendo la ficha clínica, para hacer efectivos los beneficios previsionales de salud del paciente, por las atenciones brindadas.

### **PRECIO.**

El precio del presente Contrato será aquel que, en virtud de las condiciones aceptadas por el Contratante, sea ofrecido por **Grupo Cruz Nacional** para su **Plan de Salud Grupo Cruz Nacional AMBULATORIO Y URGENCIAS**.

**Precio anual por Beneficiario IVA incluido**

**Valores por lanzamiento**

**Plan individual (1 persona) \$3.990**

**Plan grupal Hasta 6 personas) \$7.990**