



Plan **PREFERENTE**
PPLS 51



Plan
PLENO PLUS SUR

PLAN CON COBERTURA REDUCIDA EN CIRUGÍAS
BARIÁTRICAS, FOTORREFRACTIVAS O FOTOTERAPEÚTICAS
Y CIRUGÍAS RINOPLÁSTICAS.

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

Plan con Cobertura Reducida en Cirugías Bariátricas, Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas y Cirugías Rinoplásticas.

		COBERTURA PREFERENTE (•)		COBERTURA LIBRE ELECCIÓN			
PRESTACIONES	% Bonificación sobre valor real (o valor factura)	TOPE DE BONIFICACIÓN UF o VECES ARANCEL (1)	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año (2)	TOPE DE BONIFICACION U.F. o Veces Arancel (3)	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año (4)		
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA							
Día Cama	90%	90% SIN TOPE Clínicas Puerto Montt, Biobio, Hosp. Clínico del Sur, Los Andes de Los Angeles, Lircay de Talca; Cl. Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago	SIN TOPE	5,00 UF	SIN TOPE		
Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios	90%			7,50 UF			
Día Cama Cuidados Intermedios	90%			6,50 UF			
Exámenes de Laboratorio	90%			1,60 VA			
Imagenología	90%			1,60 VA			
Kinesiología y Fisioterapia	90%			1,60 VA			
Derecho de Pabellón	90%			4,00 VA			
Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización)(***)	90%			60,00 UF		75,00 UF	
Materiales e Insumos Clínicos (Por evento durante la Hospitalización) (***)	90%			50,00 UF		45,00 UF	50,00 UF
Procedimientos	90%			Sin Cobertura Preferente		SIN TOPE	1,70 VA
Honorarios Médicos Quirúrgico	90%	3,30 VA					
Visita por Médico Tratante	90%	0,55 UF					
Visita por Médico Interconsultor	90%	0,55 UF					
Día Cama Sala Cuna	90%	2,00 UF					
Día Cama Incubadora	90%	2,00 UF					
Honorarios Matrona	90%	1,80 VA					
Atención Inmediata del Recién Nacido	90%	0,80 UF					
Traslados Médicos	90%	SIN TOPE	1,30 UF				
Tratamiento de Quimioterapia	90%		9,00 UF				
Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	90%			10,00 UF			
AMBULATORIAS							
Consulta Médica (c)	70%	75% SIN TOPE Cl. Puerto Montt, Biobio, Hosp. Clínico del Sur, Los Andes de Los Angeles, Regional Lircay de Talca; Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago 65% SIN TOPE Cl. Red Salud Mayor de Temuco (c) Staff Médico de dichas clínicas	SIN TOPE	0,49 UF	SIN TOPE		
Consulta Oftalmológica (c)	70%			0,49 UF			
Exámenes de Laboratorio(*)	70%			1,45 VA			
Imagenología (*)	70%			1,45 VA			
Procedimientos	70%			1,45 VA			
Kinesiología y Fisioterapia	70%			1,80 VA		2,80 UF	
Fonoaudiología	70%			1,80 VA		2,95 UF	
Radioterapia (Incluye Insumos)	70%			Sin Cobertura Preferente		SIN TOPE	8,00 UF
Tratamiento de Quimioterapia	70%						8,00 UF
Prótesis y Ortesis	70%						8,00 UF
Lentes con Fuerza Dióptrica	70%	0,60 UF					
Atención Integral de Enfermería	70%	2,10 UF					
Atención Integral de Nutricionista (****)	70%	2,10 UF					
Prestaciones Dentales (PAD) (*****)	70%	SIN TOPE					
Honorarios Médicos Quirúrgicos	90%		4,70 VA				
Box Ambulatorio (por menos de 4 horas)	90%		1,50 UF				
Pabellón Ambulatorio	90%		5,70 VA				
PRESTACIONES RESTRINGIDAS							
Día Cama Psiquiatría	90%	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	1,00 UF	16,00 UF		
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Hospitalarios	90%			2,60 VA	2,45 UF		
Consulta Psiquiátrica	70%			2,67 VA	2,20 UF		
Consulta Psicológica	70%			2,00 VA	1,90 UF		
Resonancia Nuclear Magnética Ambulatoria	70%			1,45 VA	SIN TOPE		
Scanner y Ecografías Ambulatorias	70%			1,45 VA			
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Ambulatorios	70%			1,80 VA	2,35 UF		
Cirugías Bariátricas (Cualquier técnica). Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas (Cualquier técnica). Cirugías Rinoplásticas (Cualquer tácnica).							
Consulta Institucional de Urgencia (a)				Copago Maximo: 25% Cl. Puerto Montt; Cl. Biobio, Cl. Los Andes de Los Angeles, Hospital Clínico del Sur y Lircay de Talca; Copago Maximo: 35% Cl. Red Salud Mayor de Temuco		BONIFICACIÓN SEGÚN MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	
Examen de Laboratorio, e imagenología (Excepto Prestaciones detalladas en Prestaciones Restringidas).				Copago Maximo: 25% Cl. Puerto Montt; Cl. Biobio, Cl. Los Andes de Los Angeles, Hospital Clínico del Sur y Lircay de Talca; Copago Maximo: 35% Cl. Red Salud Mayor de Temuco			
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (d)	70%			0,50 UF	1,00 UF		

PRESTADOR DERIVADO: CLINICA VESPUICIO, CLINICA CORDILLERA, HOSPITAL CLINICO U DE CHILE Y HOSPITAL DEL PROFESOR
VA : VECES ARANCEL NUEVA MASVIDA

TIEMPOS MAXIMOS DE ESPERA (En días corridos)

Exámenes

15 días

RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACION EN PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS:

De acuerdo a lo dispuesto en el inciso primero del artículo N° 188 del DFL N° 1 de 2005, modificado por la ley N° 20.317, Isapre Nueva Masvida otorgará a cambio de la renuncia de excedentes los siguientes beneficios adicionales:

	% Bonificación sobre Valor real de la Prestación	Topes de Bonificación expresados en Unidades de Fomento
Consulta Médica	70%	0,54
Consulta Oftalmológica	70%	0,54

Se deja constancia que el aumento en los topes de bonificación regirá siempre y cuando el afiliado renuncie expresamente a los excedentes de cotización.

COBERTURA DENTAL EN EL PLAN COMPLEMENTARIO: La Isapre cubre aquellas prestaciones dentales contenidas en el arancel de prestaciones de Isapre Nueva Masvida. El resto de las prestaciones dentales ofrece descuentos entre un 30% y 60% del Arancel del Colegio de Odontólogos de Chile con prestadores que mantengan convenio vigente con la Isapre Nueva Masvida. El listado de prestadores y Arancel están disponibles en las oficinas de atención de público de la Isapre.

(•) Ver Notas Explicativas del Plan de Salud, para la aplicación de la Cobertura Preferente.

PRESTACIONES	COBERTURA
Día Cama Cirugía Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios e Intermedios Medicamentos, Materiales e Insumos Clínicos (Por Evento durante la Hospitalización) Visita por Médico Tratante e Interconsultor Derecho de Pabellón Honorarios Médicos Quirúrgicos Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesioterapia Procedimientos	25% De la Cobertura del Plan Complementario de Salud en prestaciones involucradas en Cirugías Bariátricas y cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas y Rinoplásticas.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DE LA TABLA DE FACTORES: 64

TRAMOS DE EDAD	COTIZANTES	CARGAS
0 a menos de 20 Años	0,60	0,60
20 a menos de 25 Años	0,90	0,70
25 a menos de 35 Años	1,00	0,70
35 a menos de 45 Años	1,30	0,90
45 a menos de 55 Años	1,40	1,00
55 a menos de 65 Años	2,00	1,40
65 y más Años	2,40	2,20



PRECIO TOTAL DEL PLAN COMPLEMENTARIO:
(Según composición del grupo familiar)

10

Unidades de Fomento *

* La cotización de salud deberá ser cancelada considerando el valor de esta unidad reajustable al último día del mes en que se devenga la remuneración.

IDENTIFICACION DEL ARANCEL: Arancel Nueva Masvida N° 2

UNIDAD: PESOS

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO	3.000	U.F. Año/Contrato
----------------------------------	-------	----------------------

Firma y Huella Dactilar del Afiliado

Nombre: _____

RUT: _____

Fecha: / /

1.- COBERTURAS

El Listado de médicos de staff estará disponible en la página web de cada prestador identificado en la oferta preferente.

Plan PREFERENTE
PPLS 51



- Tratamiento de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria: La cobertura incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, como tratamientos para el cáncer. Asimismo, se extiende a todos los insumos para la administración de los fármacos oncológicos, incorporándose, además el valor de los esquemas de riesgo alto e intermedio el valor de los fármacos para la profilaxis primaria y fármacos antieméticos. Sólo se dará cobertura a medicamentos aprobados por el ISP de acuerdo a la autorización sanitaria de dicho organismo. La Isapre otorgará la cobertura financiera que se fije como mínimo a cada una de las prestaciones que conforman los tratamientos de Quimioterapia, a partir de la vigencia de las respectivas instrucciones y valores otorgados en el Arancel Fonasa en su Modalidad Libre Elección.
El valor de los esquemas corresponde a un ciclo (Período de administración del tratamiento y el de descanso, hasta la siguiente administración) y la cantidad de ciclos necesarios para el tratamiento lo determinará el médico especialista Oncólogo u Hemato – Oncólogo tratante. Solo en caso de tratamiento con inhibidores de Tirosin kinasa el valor es trimestral.
- Cobertura Internacional: La bonificación opera contra reembolso. Los documentos originales deben ser presentados dentro del plazo de 90 días de la emisión. El tipo de cambio que se utilice será el del día de la emisión de las respectivas boletas.
- (***) Para la Bonificación de la Prestación Medicamentos, Materiales e Insumos Clínicos se considerará como "EVENTO" al período contemplado desde el ingreso al recinto hospitalario hasta el alta. La cobertura de los Medicamentos y Materiales Clínicos se dará solamente a aquellos administrados durante la Hospitalización en el Centro Asistencial.
- (****) Estas atenciones están destinadas a pacientes con riesgo cardiovascular modificable con dieta, que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Índice de Masa Corporal (I.M.C.) y con valores de glicemia > 110 mg/dl (Diabetes Mellitus Tipo II o Pre-Diabetes). Por el carácter integral de la atención de nutricionista, se entiende que la prestación incluye en su valor una evaluación al inicio, cuatro controles y una evaluación al término.
- (*****) Estas prestaciones están destinadas a pacientes entre 12 y 17 años, que requieran algunas de las prestaciones dentales que están incorporadas en el Arancel de Prestaciones. Sólo se otorgan en la red de prestadores habilitados por la Isapre, la que está disponible en la página web de Isapre Nueva Masvida.
- 2.- DEFINICIONES
 - Prestaciones Hospitalarias y Cirugía Mayor Ambulatoria: Cuando exista un ingreso hospitalario, la utilización de un día cama en un establecimiento asistencial por, a lo menos, cuatro horas o cuando se realice una prestación asociada a un guarismo de un pabellón 5 o superior, se entenderá que se trata de una prestación de este grupo y recibirá cobertura hospitalaria.
 - Box Ambulatorio: La Isapre podrá bonificar bajo este concepto aquellos cobros que haga el prestador, por la utilización de cualquier tipo de acomodación dentro del establecimiento asistencial -cama, sillón, camilla u otro- con fines de diagnóstico o tratamiento, que se utilice por menos de 4 horas.
 - Cirugía Ambulatoria: Corresponde a aquellas Intervenciones Quirúrgicas que tienen asociados pabellones de guarismo 4 o menos.
- 3.- CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE PLAN PREFERENTE PLENO PLUS SUR
 - (A) Derivación: Los Prestadores Derivados brindarán atenciones de salud, cuando se configure una INSUFICIENCIA del o los prestadores individualizados en la Columna COBERTURA PREFERENTE, es decir, cuando por falta de profesionales o medios, aquellos se encuentran imposibilitados temporalmente de realizar alguna de las prestaciones que forman parte de la Oferta Preferente y han transcurrido los Tiempos de Espera definidos en este Plan de Salud. Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la Derivación a que alude el punto precedente, Isapre Nueva Masvida las bonificará manteniendo el monto que habría correspondido Copagar al afiliado en el prestador que dio origen a la derivación. En todo caso, Nueva Masvida S.A. será responsable de que la atención de salud sea efectiva y oportunamente otorgada por los Prestadores Derivados.
 - (B) En caso de Urgencia o Emergencia, es decir, toda condición de salud o cuadro clínico que involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable, el afiliado deberá acudir los prestadores identificados en la oferta preferente. En caso de no poder dirigirse al prestador señalado en la Oferta Preferente, el afiliado personalmente o por medio de un familiar, deberá dar aviso dentro de las 48 horas siguientes del evento Nueva Masvida S.A. para que tome conocimiento, oriente y gestione el caso. Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, además de avisar en el plazo antes referido, el beneficiario debe ingresar efectivamente al prestador preferente y en el tipo de habitación que indica el cuadro de beneficios de la oferta preferente, fecha a contar de la cual tendrá acceso a esta cobertura. Si el plazo de 48 horas se cumple un día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente. En todo caso, la cobertura y/o bonificación en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre según los topes y porcentajes expresados en la Modalidad Libre Elección del Plan Complementario de Salud al igual que los correspondientes gastos de traslado.
 - (C) Tiempos Máximos de Espera (En días corridos): Los Tiempos Máximos de Espera definidos en el Presente Plan de Salud comenzarán a regir desde el Día Hábil siguiente a la Solicitud de Atención con los Prestadores Individualizados en este Plan.
Transcurridos los Plazos estipulados en el Cuadro Tiempos Máximos de Espera, el afiliado tendrá el derecho de solicitar a la Isapre su derivación a un prestador de similar calidad, que la Isapre, en conjunto con el prestador identificado en la Oferta Preferente designen según el diagnóstico y manteniendo los valores pactados para este Plan complementario de Salud.
 - (D) Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Cordillera de Santiago:
 - Cirugía Cardíaca Pediátrica.
 - Trastornos Psiquiátricos que requieran hospitalización.
 - Trasplante de ningún tipo
 - Cirugías de Craneo
 - Amnioscopia vía abdominal
 - Transfusiones feto fetales
 - Tratamientos de Infertilidad
 - Hospitalización embarazo patológico
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Yodo Radioactivo
 - Cardiucirugías (salvo procedimientos de hemodinamia)
 - Broncoscopia
 - Cirugías traumatológicas de columna
 - Gran Quemado
 - Prestaciones no codificadas por Fonasa
 - Prestaciones que no realiza Clínica Vespucio de Santiago:
 - Prestaciones no codificadas por Fonasa.
 - Día Cama Cuidados Intermedios Pediátricos.
 - Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Pediátricos
 - Prestaciones que no realiza Red Salud Santiago, CI BioBio de Concepción, Hosp. Clínico del Sur Concepción, CI Los Andes de Los Ángeles, CI Regional Lircay de Talca, CI. Puerto Montt de Puerto Montt y CI Red Salud Mayor de Temuco
 - Prestaciones no codificadas por Fonasa
- La Bonificación de dichas Prestaciones será según lo expresado en la Modalidad Libre Elección del Plan Complementario de Salud.
- (E) Derecho a Traslado: En caso de que un afiliado ingrese a un prestador distinto a los identificados en la Oferta Preferente, podrá ejercer el Derecho a Traslado para el cual, es condición esencial, la autorización expresa del Médico tratante. Obtenida esta autorización, la otra parte deberá acceder al traslado solicitado. No obstante lo anterior, el afiliado podrá optar por permanecer en el Prestador en el que se encuentra, en cuyo caso no podrá requerir la Cobertura prevista en la Oferta Preferente para las atenciones realizadas a través de los prestadores individualizados en este Plan. Los gastos derivados del ejercicio del Derecho a Traslado se bonificarán conforme a la Cobertura pactada en este Plan de Salud en la Modalidad Libre Elección.
- (F) Término o Modificación de los Convenios Preferentes: En caso de término o modificación de los convenios con el Prestador preferente NO se verá afectado el Monto de Copago que en virtud del Plan le corresponde copagar al Beneficiario, hasta la siguiente anualidad; en cualquiera de estos casos Nueva Masvida S.A. comunicará por escrito a cada uno de los Cotizantes afectados y le ofrecerá Planes Alternativos.
- (G) Segunda Opinión Médica: Ante una decisión del médico tratante el afiliado podrá obtener una segunda opinión médica de otro profesional del mismo prestador preferente, un profesional de otro prestador preferente y, si no hubiera un prestador preferente distinto, con un profesional del o los prestadores derivados, que Nueva Masvida S.A. designe.
- (H) Opiniones Médicas Divergentes: Frente a divergencias entre opiniones médicas que se produzcan como consecuencia del ejercicio del derecho a solicitar una segunda opinión médica, le da derecho al cotizante y/o a los beneficiarios del plan de salud de requerir del Director Médico o Jefe del Servicio del prestador individualizado en la oferta del plan de salud, en un plazo máximo de 30 días, un pronunciamiento escrito donde consten los fundamentos de la decisión adoptada y la identificación y firma de quien lo emita.
- (I) Modificación del Plan de Salud Preferente PLENO PLUS SUR, Sin perjuicio de lo dispuesto en el DFL N° 1 de Salud, de Septiembre de 2005, Nueva Masvida S.A. ofrecerá un nuevo plan si este es requerido por el afiliado y se fundamente en cualquiera de las siguientes condiciones: (1) Si se modifica el domicilio consignado por el afiliado al incorporarse a este Plan y se acredita que dicho cambio dificulta significativamente el acceso de los beneficiarios a los prestadores individualizados en este Plan. Se presumirá que se configura esa dificultad, cuando el cambio de domicilio importe el traslado del cotizante a otra región; (2) Incumplimiento de la obligación de derivación prevista en este plan de salud; derivación a un prestador o prestadores distintos de los indicados en el Plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado; (3) Si Nueva Masvida S.A. incurre en la falta de otorgamiento de la atención de salud al cotizante o beneficiario que se ha ceñido a los procedimientos de acceso y derivación definidos en este Plan. Dicha oferta deberá contemplar, como mínimo, un plan de salud, entre los planes en comercialización, que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.
- (J) Término de la Existencia Legal del Prestador, Pérdida Total de su Infraestructura, Paralización Permanente de sus Actividades, Pérdida Parcial y Permanente de la Infraestructura, Sustitución de la Especialidad a que estaba orientado el Prestador al momento del Convenio. En cualquiera de estos casos, Nueva Masvida S.A. comunicará por escrito a cada uno de los Cotizantes Afectados y le ofrecerá Planes Alternativos.
- 4.- VALOR DE CONVERSIÓN DE LA UNIDAD DE FOMENTO A UTILIZAR
 - La equivalencia en pesos de la UF utilizada para las prestaciones que estén pactadas en dicha unidad, corresponderá al que dicha unidad tenga el último día del mes anterior al de la respectiva bonificación.
 - La Cotización de Salud deberá ser cancelada considerando el valor de esta unidad reajutable al último día del mes 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 deberá ser reajustado a lo menos una vez al año. Dicho reajuste será el 100% de la variación porcentual acumulada que haya experimentado el Índice de Precios al Consumidor (IPC), entre enero y diciembre de cada año calendario y será aplicable durante el mes de febrero siguiente al año calendario considerado.