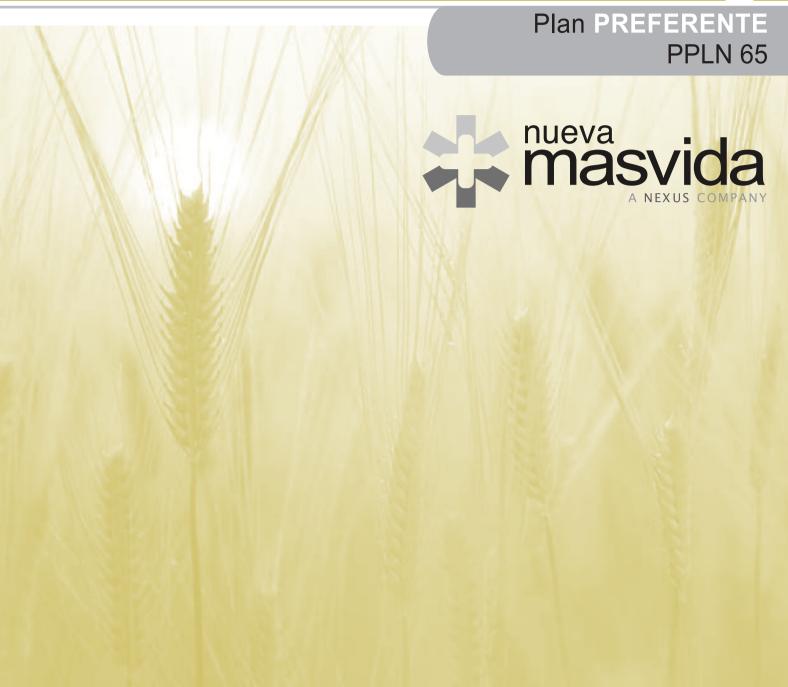
# ANEXO DE CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL







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

# PLENO PLUS NORTE

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

### Plan PREFERENTE PPLN 65

FECHA:

CODIGO: (7673)

F.U.N. Nº: 1

INDIVIDUAL: X

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

	COBERTURA PREFERENTE (•) COBERTURA LIBRE ELECCION				
PRESTACIONES	% Bonificación	TOPE DE BONIFICACIÓN UF o VECES ARANCEL	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION	TOPE DE BONIFICACION	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION
THEST/ICIONES	sobre valor real (o valor factura)	(1)	U.F. por Beneficiario/año (2)	U.F. o Veces Arancel (3)	U.F. por Beneficiario/año (4)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	(O valor ractura)	(1)	(2)	(5)	(4)
Día Cama	100% 100%	100% SIN TOPE:		6,50 UF	
Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Día Cama Cuidados Intermedios	100%	Clínicas Tarapacá Iquique, La Portada	SIN	8,50 UF 8,00 UF	SIN
Exámenes de Laboratorio Imagenología	100% 100%	Antofagasta, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago	TOPE	2,40 VA 2,40 VA	TOPE
Kinesiología y Fisioterapia	100%	85% SIN TOPE: CI. RCR de Atacama		2,40 VA	TOTE
Derecho de Pabellón Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización)(***)	100% 100%	75% SIN TOPE Cl. Indisa Santiago y BUPA Antofagasta	85,00 UF	4,80 VA 70,00 UF	85,00 UF
Materiales e Insumos Clínicos	100	(**)			
(Por evento durante la Hospitalización) (***)  Procedimientos (b)	100% 100%	100% SIN TOPE:	65,00 UF	60,00 UF 2,40 VA	65,00 UF
Honorarios Médicos Quirúrgico (b) Visita por Médico Tratante (b)	100% 100%	Clínicas Cordillera, Vespucio y Red Salud Stgo. 75% SIN TOPE		4,00 VA 0,65 UF	
Visita por Médico Interconsultor (b)	100%	Cl. Indisa de Santiago (b) médicos de staff		0,65 UF	SIN
Día Cama Sala Cuna Día Cama Incubadora	100% 100%		SINTOPE	2,00 UF 2,00 UF	TOPE
Atención Inmediata del Recién Nacido	100%	Sin Cobertura		0,70 UF	
Honorarios Matrona Traslados Médicos	100% 100%	Preferente		1,70 VA	1,80 UF
Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	100% 100%			SINTOPE	10,00 UF 11,00 UF
AMBULATORIAS	10070				11,00 01
Consulta Médica (c)	80%	80% SINTOPE CI. Tarapacá Iquique, La Portada Antofagasta, RCR de Atacama, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago		0,65 UF	
Consulta Oftalmológica (c) Exámenes de Laboratorio(*)	80% 80%	75% SINTOPE CI. Indisa y Bupa Antofagasta (c) Staff Médico de dichas clínicas		0,65 UF 1,65 VA	SIN TOPE
Exámenes de Imagenología (*) Procedimientos	80% 80%	( C) Stall Medico de dichas clínicas	SIN	1,65 VA 1,65 VA	/
Kinesiología y Fisioterapia	80%		TOPE	1,90 VA	2,80 UF
Fonoaudiología Radioterapia (Incluye Insumos)	80% 80%		11/1/	1,90 VA	2,95 UF 9,00 UF
Tratamiento de Químioterapia Prótesis y Ortesis	80% 80%	Sin		SINTOPE	9,00 UF 9,00 UF
Lentes con Fuerza Dióptrica	80%	Cobertura		V/	0,85 UF
Atención Integral de Enfermería Atención Integral de Nutricionista (****)	80% 80%	Preferente		0,70 UF 0,70 UF	2,10 UF 2,10 UF
Prestaciones Dentales (PAD) (*****)	80%	A PART OF TAXABLE PARTY.		1,00 VA	
Honorarios Médicos Quirúrgicos (b) Box Ambulatorio (por menos de 4 horas)	100% 100%			6,70 VA 1,50 UF	SIN TOPE
Pabellón Ambulatorio	100%			7,40 VA	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS Día Cama Psiquiatría	100%			1,00 UF	16,00 UF
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Hospitalarios	100%	Sin	SIN	2,60 VA	2,45 UF
Consulta Psiquiátrica	80%	Cobertura Preferente	TOPE	2,67 VA	2,20 UF
Consulta Psicológica Resonancia Nuclear Magnética Ambulatoria	80% 80%	Ficiciente		2,00 VA 1,65 VA	1,90 UF
Scanner y Ecografías Ambulatorias	80%			1,65 VA	SINTOPE
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Ambulatorios	80%			1,80 VA	2,35 UF
Cirugías Bariátricas (Cualquier técnica).		050/ 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas (Cual Cirugías Rinoplásticas (Cualquer tácnica).	quier tecnica).	25% de la copertara Elore I			
Consulta Institucional de Urgencia (a)	H	Copago Maximo: 20% Cl. Tarapacá Iquique, La Portada Antofagasta; Cl. RCR de Atacama; Copago Máximo: 25% Cl. Bupa Antofagasta BONIFICACIÓN SEGÚN			
Examen de Laboratorio, e imagenología (Excepto Prestaciones detalladas en Prestaciones Restringidas).		Copago Maximo: 20% Cl. Tarapacá Iquique, La Portada Antofagasta; Cl. RCR de Atacama; Copago Máximo: 25% Cl. Bupa Antofagasta		MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (d		HOSPITAL CLINICO IL DE CHILE Y HOSP		0,50 UF	1,00 UF

PRESTADOR DERIVADO: CLINICA VESPUCIO, CLINICA CORDILLERA, HOSPITAL CLINICO U DE CHILE Y HOSPITAL DEL PROFESOR

VA: VECES ARANCEL NUEVA MASVIDA TIEMPOS MAXIMOS DE ESPERA (En días corridos)

> 15 días Exámenes

RENUNCIA A LOS EXCEDENTES DE COTIZACION EN PLANES INDIVIDUALES COMPENSADOS: De acuerdo a lo dispuesto en el inciso primero del articulo Nº 188 del DFL Nº 1 de 2005, modificado por la ley Nº 20.317, Isapre Nueva Masvida otorgará a cambio

de la renuncia de excedentes los siguientes beneficios adicionales:

Valor real de la Prestación en Unidades de Fomento Consulta Médica 80% 0,72 Consulta Oftalmológica 0,72

Topes de Bonificación expresados

% Bonificación sobre

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 Odontologos 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.





Las Prestaciones involucradas en Cirugías Bariátricas (cualquier técnica) y Fotorrefractivas y/o Fototerapeúticas (cualquier técnica) y Cirugías Rinoplásticas (cualquier técnica) tendrán una cobertura reducida tal como se indica a continuación, en las prestaciones que le correspondan:

> **PRESTACIONES** 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 Kinesiología

Procedimientos

#### **COBERTURA**

25%

De la Cobertura del Plan Complementario de Salud en prestaciones involucradas en Cirugías Bariátricas y cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas y Rinoplásticas.

Para aquellos planes en que el cálculo de la bonificación de cobertura reducida resulte inferior a la que otorga el Fondo Nacional de Salud en su modalidad Libre Elección, la Isapre otorgará dicha cobertura mínima. Para el cálculo de la Cobertura Reducida, no rige la Cobertura Preferente expresada en Plan Complementario de Salud.

### 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 BASE	PRECIO TOTAL DEL PLAN COMPL (Según composición del grup	Unidades de Fomento *	
PRECIO TOTAL DEL PLAN COMPLEMENT * La cotización de salud deberá ser cancelad en que se devenga la remuneración.	TARIO: Suma de Factores x Tarifa B la considerando el valor de esta unid	ase. lad reajustable al último día del r	nes
<b>IDENTIFICACION DEL ARANCEL: A</b>	rancel Nueva Masvida Nº 2	<b>UNIDAD: PESOS</b>	
TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO	3.000	U.F. Año/Contrato	
Firma Representante Isapre	Firma v Huell	a Dactilar del Afiliado	
Nombre:	•		
RUT:	RUT:		
Fecha: / /			

### ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE PLENO PLUS NORTE NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

### 1.- COBERTURAS

- La Cobertura preferente de Exámenes de Laboratorios e Imagenologia Ambulatorios, excepto Resonancia Nuclear Magnética y Scanner y Ecografías Ambulatorias, será otorgada única y exclusivamente en los Prestadores identificados en la oferta preferente para dichas prestaciones. En caso que la oferta incluya a Clínica Santa María esta no es extensiva a Centro Médico La Dehesa.

  Cobertura Preferente: Será otorgada única y exclusivamente los prestadores identificados en la oferta preferente y según los topes y porcentajes identificados en la columnas (1) y (2). La atención hospitalizada sin tope, se aplicará en Pieza Individual más simple con baño privado de dichos prestadores. En caso de utilizar una Habitación de Mayor Valor se bonificará según los Topes expresados en la Modalidad Libre Elección.

  Consulta Institucional de Urgencia: Es aquella consulta médica otorgada en el servicio de urgencia de la institución respectiva, en este caso en los prestadores identificados en la oferta preferente para dichos (tem, efectuada por el médico residente de turno. No contempla las interconsultas de especialistas o médicos de llamado que eventualmente se requieran.

  Los porcentajes y topes de Honorarios Médicos Quirúrgicos preferentes será única y exclusivamente otorgado en los prestadores identificados

- o médicos de llamado que eventualmente se requieran.

  Los porcentajes y topes de Honorarios Médicos Quirúrgicos preferentes será única y exclusivamente otorgado en los prestadores identificados en la oferta preferente y sólo con médicos de staff y con arancel institucional de dicho establecimiento. En caso contrario, se bonificará de acuerdo a los topes indicados en la modalidad Libre Elección del plan complementario de salud para este ítem.

  La Cobertura Preferente de Consulta Médica Electiva y/o Especialidades será otorgada en los prestadores identificados en la oferta preferente y sólo con médicos de staff de dichos establecimientos en convenio con la Isapre y utilizando bonos. En caso contrario, se bonificará de acuerdo a los topes indicados en la libre elección del plan de salud, para ese ítem. En caso que la oferta incluya a Clínica Santa María esta no es extensiva a Centro Médico La Dehesa.

  La cobertura por este concepto (tanto en modalidad preferente como libre Elección) corresponde solo en atención de Urgencia de Clínica u Hospital y opera bajo la modalidad de reembolso.
- opera bajo la modalidad de reembolso.

Médico Staff es el médico que tiene relación contractual vigente con el prestador de la Oferta Preferente y se acoge al Arancel Médico pactado entre dicho prestador y la Isapre. Es obligación del afiliado cerciorarse de la calidad de staff del médico tratante, para tener derecho a esta cobertura preferente.

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

## Plan PREFERENTE PPLN 65



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 otorgara 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.

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 estan 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.

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.

### CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE PLAN PREFERENTE PLENO PLUS NORTE

3.- CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE PLAN PREFERENTE PLENO PLUS NORTE
(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 dara viso 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 pre

(D) Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Co rdillera de Santiago:
 Cirugía Cardiaca Pediátrica.
 Trastornos Psiquiátricos que requieran hospitalización.

Trasplante de ningún tipo Cirugías de Craneo Amnioscopía vía abdominal Transfusiones feto fetales Tratamientos de Infertilidad

Hospitalización embarazo patológico Prestaciones que no realiza Clínica Vespucio de Santiago:

Radioterapia Quimioterapia Yodo Radioactivo

Cardiucirugías ( salvo procedimientos de hemodinamia)

Broncoscopía

Cirugías traumatológicas de columna Gran Quemado

Prestaciones no codificadas por Fonasa

### Prestaciones no codificadas por Fonasa. Día Cama Cuidados Intermedios Pediátricos Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Indisa de Santiago:

Cirugía Cardiaca Pediátrica. Instalación de Estimuladores Modulares. Puvaterapia total en Cabina.

Radioterapia.
Prestaciones e Intervenciones no codificadas por Fonasa.

Cualquier tipo de Trasplantes de Órganos. Mapeo Epicárdico durante Intervención Quirúrgica. Radiocirugía. Trastornos Psiquiátricos que requieran hospitalización. Cualquier Procedimiento y/o Cirugía Oftalmológica.

Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Pediátricos

Prestaciones que no realiza Clínica Tarapacá Iquique, La Portada Antofagasta, RCR de Atacama y Red Salud Santiago y Bupa Antofagasta:
• 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 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 queine el contrato.

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.

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 reajustable al último día del mes en que se devenga la remuneración.

### 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.