ANEXO DE CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL





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

PLENO PLUS SUR

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

Plan PREFERENTE PPLS 56

FECHA:

CODIGO: 7633

F.U.N. Nº: (

INDIVIDUAL: X

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

		COBERTURA PREFERENTE (*) COBERTURA LIBRE ELECCION				
PRESTACIONES	% Bonificac sobre	0.01202074444022	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año	TOPE DE BONIFICACION U.F.	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año	
4.0	valor re (o valor fac		(2)	o Veces Arancel (3)	(4)	
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAY Día Cama Día Cama Cuidados Intensivo Día Cama Cuidados Intermed Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Derecho de Pabellón	100% s o Coronarios 100%	Clínicas Puerto Montt, Biobio, Hosp Clínico del Sur, Los Andes de Los Angeles, Lircay de Talca; Cl. Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago 95% SIN TOPE		7,50 UF 10,00 UF 9,00 UF 2,60 VA 2,60 VA 2,60 VA 5,00VA	SIN TOPE	
Medicamentos (Por evento durante	e la Hospitalización)(***) 100%	80% SIN TOPE	95,00 UF	80,00 UF	95,00 UF	
Materiales e Insumos Clínicos (Por evento durante la Hospitalia	zación) (***) 100%		60,00 UF	55,00 UF	60,00 UF	
Procedimientos Honorarios Médicos Quirúrgio Visita por Médico Tratante Visita por Médico Interconsulto Día Cama Sala Cuna Día Cama Incubadora Honorarios Matrona Atención Inmediata del Recién Traslados Médicos	100% 100% 100% 100% 100% 1 Nacido 100%	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	2,70 VA 4,80 VA 0,80 UF 0,80 UF 4,00 UF 4,00 UF 1,80 VA 0,80 UF	SIN TOPE	
Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis y Elemento	s de Osteosíntesis 100%			SIN TOPE	10,00 UF 11,00 UF	
AMBULATORIAS Consulta Médica (c) Consulta Oftalmológica (c) Exámenes de Laboratorio(*) Imagenología (*) Procedimientos Kinesiología y Fisioterapia Fonoaudiología	80% 80% 80% 80% 80% 80% 80% 80%	Los Andes de Los Angeles, Regional Lircay de Talca; Cord Vespucio y Red Salud Santiago; 80% SIN TOPE CI. Red Mayor de Temuco, 63% SIN TOPE CI. Indisa de Santiag (c) Staff Médico de dichas clínicas	II Sur, illera, Salud 30.	0,69 UF 0,69 UF 1,70 VA 1,70 VA 1,70 VA 1,90 VA 1,90 VA	SIN TOPE 2,80 UF 2,95 UF	
Radioterapia (Incluye Insumos Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis Lentes con Fuerza Dióptrica Atención Integral de Enfermer Atención Integral de Nutricion Prestaciones Dentales (PAD) Honorarios Médicos Quirúrgio Box Ambulatorio (por menos o Pabellón Ambulatorio	80% 80% 80% 80% (ista (****) 80% (*****) 80% 0s	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	0,70 UF 0,70 UF 0,70 UF 1,00 VA 7,00 VA 1,50 UF 7,80 VA	9,00 UF 9,00 UF 9,00 UF 0,85 UF 2,10 UF 2,10 UF	
PRESTACIONES RESTRING Día Cama Psiquiatría Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológ Consulta Psiquiátrica Consulta Psicológica Resonancia Nuclear Magnétic Scanner y Ecografías Ambula Psicoterapia y Procedimientos	100% sicos Hospitalarios 100% 80% 80% 80% torias 80%	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	1,00 UF 2,60 VA 2,67 VA 2,00 VA 1,70 VA	16,00 UF 2,45 UF 2,20 UF 1,90 UF SIN TOPE	
Psiquiátricos y/o Psicológ Cirugías Bariátricas (Cualquie	icos Ambulatorios 80%)		1,80 VA	2,35 UF	
Cirugías Fotorrefractivas y/o F Cirugías Rinoplásticas (Cuald	ototerapéuticas (Cualquier téc	nica). 25%	25% de la cobertura Libre Elección			
Consulta Institucional de Urgencia (a)		Hospital Clínico del Sur, Cl. Lircay de Talca y C	Copago Maximo: 20% Cl. Puerto Montt; Cl. Biobio, Cl. Los Andes de Los Angeles, Hospital Clínico del Sur, Cl. Lircay de Talca y Cl. Red Salud Mayor de Temuco Copago Maximo: 20% Cl. Puerto Montt; Cl. Biobio, Cl. Los Andes de Los Angeles,		GÚN E ELECCIÓN	
Examen de Laboratorio, e imagenología (Excepto Prestaciones detalladas en Prestaciones Restringidas). Medicamentos o Insumos en Servicio de Urganeja (d.)		Hospital Clínico del Sur, Cl. Lircay de Talca y C	Hospital Clínico del Sur, Cl. Lircay de Talca y Cl. Red Salud Mayor de Temuco		4.50 115	
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (d) 80% 1,00 UF 1,50 UF PRESTADOR DERIVADO: CLINICA VESPUCIO. CLINICA CORDILLERA. HOSPITAL CLINICO U DE CHILE Y HOSPITAL DEL PROFESOR						

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)

> 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 Topes de Bonificación expresados Valor real de la Prestación en Unidades de Fomento Consulta Médica 80% 0,76 Consulta Oftalmológica 80% 0,76

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

Procedimientos

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

or Médico Tratante e Interconsultor Derecho de Pabellón Honorarios Médicos Quirúrgicos Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesiología

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 COMPLEMENTA * La cotización de salud deberá ser cancelada IDENTIFICACION DEL ARANCEL: Ara	a considerando el valor de esta uni	po familiar)	ades de Fomento * s en que se devenga la remuneración
TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO	3.000	U.F. Año/Contrato	
Firma Representante Isapre Nombre: RUT: Fecha:/	•	a Dactilar del Afiliado	

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE PLENO PLUS SUR 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.
- (a) 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 ítem, efectuada por el médico residente de turno. No contempla las interconsultas de especialistas o médicos de llamado que eventualmente se requieran.
- (c) 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.
- (d) 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.

 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 PPLS 56



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.

Contentrua Internacional: La bonificación opera contra reembolso. Los documentos originales deben ser presentados dentro del plazo de 90 días de la emisión. El

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 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

(************) 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.
 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 firatamiento, que se utilice por menos de 4 horas.
 Cirugía Ambulatoria: Corresponde a aquellas Intervenciones Quiriorgicas que tienen asociados pabellones de guarismo 4 o menos.
 3. CONDICIONES Y CARACTERISTICAS 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 sotriguen con ocasión de la Derivación a que alude el punto precedente, Isapre Nueva Masvida isa bonificará manteniendo el monto que habría correspondido Copagra al afiliado en el prestador que dio origen a la derivación. En todo caso, Nueva Masvida S.A. será responsable de que la atenc

Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Cordillera 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 natológico

- Hospitalización embarazo patológico

- Radioterapia
- Quimioterapia Yodo Radioactivo
- Cardiucirugías (salvo procedimientos de hemodinamia) Broncoscopía

- Griugías traumatológicas de columna Gran Quemado Prestaciones no codificadas por Fonasa

- 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.

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, Cl BíoBío de Concepción, Hosp. Clínico del Sur Concepción, Cl Los Andes de Los Ángeles, Cl Regional Lircay de Talca, Cl. Puerto Montt de Puerto Montt y Cl 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 Salude 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 del potro prestadores derivados que

- (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 Nº 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 prestadore 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 comerciali

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.