ANEXO DE CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL







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

PLENO PLUS V REGIÓN

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

Plan PREFERENTE **PLPV 118**

FECHA:

CODIGO: 7655

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	% Bonificación sobre valor real	TOPE DE BONIFICACIÓN UF o VECES ARANCEL	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año	TOPE DE BONIFICACION U.F. o Veces Arancel	TOPE MAXIMO DE BONIFICACION U.F. por Beneficiario/año
	(o valor factura)	(1)	(2)	(3)	(4)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Día Cama Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Día Cama Cuidados Intermedios Exámenes de Laboratorio Imagenología Kinesiología y Fisioterapia Derecho de Pabellón	100% 100% 100% 100% 100% 100%	100% SIN TOPE Hospital Clínico Viña del Mar, H. de niños y cuna, Clínica Los Leones La Calera, Clínica Los Carrera Quilpué; Clínica Davia, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago. 100% SIN TOPE Cl. Bupa Reñaca y Ciudad del Mar Viña del Mar	SIN TOPE	7,50 UF 9,50 UF 9,00 UF 2,80 VA 2,80 VA 2,80 VA 5,90 VA	SIN TOPE
Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización)(***) Materiales e Insumos Clínicos	100%	90% SIN TOPE Cl. Indisa y Red Salud Vitacura 70% SIN TOPE Cl. Santa María de Santiago	90,00 UF	80,00 UF	90,00 UF
(Por evento durante la Hospitalización) (***)	100%	(**)	75,00 UF	70,00 UF	75,00 UF
Procedimientos (b) Honorarios Médicos Quirúrgico (b) Visita por Médico Tratante (b) Visita por Médico Interconsultor (b) Día Cama Sala Cuna Día Cama Incubadora Atención Inmediata del Recién Nacido Honorarios Matrona Traslados Médicos Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%	100% SIN TOPE Clínica Davila, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago 90% SIN TOPE Cl. Indisa y Red Salud Vitacura 70% SIN TOPE Cl. Santa María de Santiago (b) Médicos de Staff de dichas clínicas Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	2,80 VA 5,50 VA 0,75 UF 0,75 UF 2,00 UF 2,00 UF 0,70 UF 1,70 VA	SIN TOPE 1,50 UF 10,00 UF 10,00 UF
AMBULATORIAS Consulta Médica (c) Consulta Oftalmológica (c) Exámenes de Laboratorio(*) Exámenes de Imagenología (*) Procedimientos Kinesiología y Fisioterapia Fonoaudiología	80% 80% 80% 80% 80% 80%	80% SIN TOPE Hospital Clínico Viña del Mar, Cl. Bupa Reñaca; Cl. Ciudad del Mar Viña del Mar; Cl. Los Carrera Quilpué, Cl. Los Leones La Calera, Cl. Dávila, Cordillera, Vespucio, Indisa y Red Salud Santiago y Vitacura; 65% SIN TOPE Cl. Santa María (c) Staff Médico de dichas clínicas	SIN TOPE	0,88 UF 0,88 UF 1,80 VA 1,80 VA 1,80 VA 1,95 VA 2,00 VA	SIN TOPE 2,80 UF
Radioterapia (Incluye Insumos) Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis Lentes con Fuerza Dióptrica Atención Integral de Enfermería Atención Integral de Nutricionista (****) Prestaciones Dentales (PAD) (*****) Honorarios Médicos Quirúrgicos (b) Box Ambulatorio (por menos de 4 horas) Pabellón Ambulatorio	80% 80% 80% 80% 80% 80% 80% 80% 80% 100% 10		0,70 UF 0,70 UF 0,70 UF 1,00 VA 7,70 VA 1,50 UF 8,70 VA	2,95 UF 10,00 UF 10,00 UF 9,00 UF 0,70 UF 2,10 UF 2,10 UF	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS Día Cama Psiquiatría Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Hospitalarios Consulta Psiquiátrica Consulta Psicológica Resonancia Nuclear Magnética Ambulatoria Scanner y Ecografías Ambulatorias Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Ambulatorios	100% 100% 80% 80% 80% 80%	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	1,00 UF 2,60 VA 2,67 VA 2,00 VA 1,80 VA 1,80 VA	16,00 UF 2,45 UF 2,20 UF 1,90 UF SINTOPE 2,35 UF
Cirugías Bariátricas (Cualquier técnica). Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas (Cualc		25% de l	a cobe <mark>rtura Libre</mark> E		
Cirugías Rinoplásticas (Cualquer tácnica). Consulta Institucional de Urgencia (a)		Copago Maximo: 20% Hospital Clínico Viña del Mar, Cl. Bupa Reñaca H. de niños y cuna, Cl. Los Leones La Calera, Cl. Los Carrera Qu Vespucio, Indisa, Red Salud Santiago y Vítacura; Copago Ma	uilpué, Cl. Davila, Cordillera, ximo:35% Cl. Santa María	BONIFICACIÓN SEG	
Examen de Laboratorio, e imagenología (Excepto Prestaciones detalladas en Prestaciones Restringidas).		Copago Maximo: 20% Hospital Clínico Viña del Mar, Cl. Bupa Reñaca, Cl. Ciudad del Mar Viña del Mar, H. de niños y cuna, Cl. Los Leones La Calera, Cl. Los Carrera Quilpué, Cl. Davila, Cordillera, Vespucio, Indisa, Red Salud Santiago y Vitacura; Copago Maximo 35% Cl. Santa María		MODALID <mark>AD LIBRE</mark>	ELECCIÓN
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (d)		HOSPITAL CLINICO IL DE CHILE Y HOSP		1,00 UF	1,50 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 INDIVIDUALE S COMPENSADOS: % Bonificación sobre Topes de Bonificación expresados 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 Valor real de la Prestación en Unidades de Fomento Consulta Médica 80% 1,01 de la renuncia de excedentes los siguientes beneficios adicionales: Consulta Oftalmológica

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

Imagenología Kinesiología 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 Derecho de Pabellón Honorarios Médicos Quirúrgicos Exámenes de Laboratorio 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

	65 y mas Anos		2,40	2,20				
PRECIO TOTAL DEL	Unidades de Fomento *							
PRECIO TOTAL DEL PLAN COMPLEMENTARIO: Suma de Factores x Tarifa Base. * 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 Nº 2 UNIDAD: PESOS								
TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO		3.000	U.F. Año/Contrato					
Firma Representa	inte Isapre	Firma y Huella Dactilar del Afiliado						
Nombre:		Nombre:						
RUT:		RUT:						
Fecha:								

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE PLENO PLUS V REGIÓN 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 ítem, efectuada por el médico residente de turno. No contempla las interconsultas de especialistas e médicas de la mado que ventualmente se requisem.

- 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 queeventualmente 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.

 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
- 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 **PLPV 118**



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 utilicos es efa 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 Asistençial.

(*****) Estas atenciones están destinadas a pacientes con riesgo cardiovascular modificable con dieta, que presenten obesidad o sobrepeso según criterios de Indice de Masa Corporal (I.M.C.) y con valores de glicemia > 110 mg/dl (

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 V REGION

- CONDICIONES Y CARACTERISTICAS DE PLAN PREFERENTE PLENO PLUS V REGION

 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 encuentra imposibilitados temporalmente de realizar aiguna de las prestaciones que alude el punto precedente, la prestadore per la derivación.

 (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 encuentra imposibilitados temporalmente de realizar aiguna de las prestaciones que alude el punto precedente, las pre Nueva Masvida ISA, será responsable de que la atención de salud. Las prestaciones que se otorguen con ocasión de la Derivación a que alude el punto precedente, las 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 gave para una persona y, por ende, requiere atención medica immediate a impostergable, el affiliado deberá acudir los prestadores identificados en la Oferta Preferente, el affiliado personalmente o por medio de un familiar, deberá dar aviso dentro de las 48 horas se 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 dia sibado, domingo o festivo, se porrograr á dicho plazo al dia hábil siguiente. En todo caso, la coebettura y/o bonificación en un prestador ajen a la oferta preferente será siempre según (C) Tiempos Máximos de Espera (En dias corridos): Los Tiempos Máximos de Espera (En dias corridos): Los Tiempos Máximos de Dira Habil siguiente a la S

- Prestaciones Específicas que no se otorgan en Hospital Clínico de Viña del Mar:

 Radiología y procedimientos e intervenciones quirúrgicas en pediatría y neonatales.

 Procedimientos e intervenciones quirúrgicas en neurología y neurocirugía.

 Transplantes.

- Cirugías traumatológicas de complejidad, columna, etc
 Procedimientos y cirugías oftalmológicas.
- Prestaciones Específicas que no se otorgan en Clínica Cordillera de Santiago:
 Diálisis crónica (hemodiálisis y peritoneo diálisis).
 Trastornos Psiquiátricos que requieran hospitalización.

- Trasplante de ningún tipo.
 Cirugías de craneo.
 Cirugías Neonatales de ningún tipo.
 Amnioscopía vía abdominal.
 Transfusiones feto fetales.
 Tratamientos de infertilidad.
 Hospitalización embarazo patológico.

- Cirugía reconstructiva maxilofacial.
 Cirugías de otorrinolaringología.
 Cirugías plásticas.
- Urología endoscópica
- Otros procedimientos e intervenciones no codificados por FONASA.
- Radioterapia

- Quimioterapia.
 Yodo Radioactivo.
 Cardiocirugías (salvo procedimientos de hemodinamia).
 Broncoscopía.
- Cirugías traumatológicas de columna.
- Gran Quemado.
 Prestaciones médicas 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 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.

- Prestaciones que no realiza Clínica Santa María de Santiago:
 Trasplante Cardiáco y Hepático.
 Hospitalización Psiquiátrica.
 Asistencia Ventricular.

- Instalación de estimuladores modulares. Radiocirugías. Prestaciones no codificadas por Fonasa.
- Prestaciones que no realiza CI. Dávila y Red Salud Stgo, CI. Los Leones La Calera, CI. Bupa Reñaca, CI. Ciudad de Mar Viña del Mar, CI. Los Carrera Quilpué y Red Salud Vitacura:
 Prestaciones no codificadas por Fonasa.
 La Bonificación de dichas Prestaciones será según lo expresado en la Modalidad Libre Elección del Plan Complementario de Salud.

- 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 afectados 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, y, si no hubiera un prestador preferente del contro prestador preferente, y, si no hubiera un prestador preferente del pinno de so dias, un pronunciamiente oscrito donde consten los fundamentos del a decisión adoptada y la identificación del el 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 fundamentes del calec

- bonificacion.
 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.