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 130**

FECHA:

F.U.N. Nº:

CODIGO: 7667

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	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 Davila, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago; 100% SIN TOPE CI. Bupa Reñaca y Ciudad del Mar Viña del Mar 100% SIN TOPE CI. Indisa y Red Salud Vitacura	SIN TOPE	13,50 UF 15,50 UF 15,00 UF 4,60 VA 4,60 VA 4,60 VA	SIN TOPE	
Derecho de Pabellón Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización)(***)	100% 100%	100% SIN TOPE Cl. Santa María de Santiago 100% SIN TOPE Cl. Universidad De Los Andes	200,00 UF	8,30 VA 180,00 UF	200,00 UF	
Materiales e Insumos Clínicos	4000/	100% SIN TOPE Cl. Las Condes de Santiago	105.00115	100.00 UF	105.00 115	
(Por evento durante la Hospitalización) (***) Procedimientos (b) Honorarios Médicos Quirúrgico (b) Visita por Médico Tratante (b) Visita por Médico Interconsultor (b) Día Cama Sala Cuna Día Cama Incubadora	100% 100% 100% 100% 100% 100%	100% SIN TOPE Clínica Davila, Cordillera, Vespucio y Red Salud Santiago; 100% SIN TOPE Cl. Indisa y Red Salud Vitacura; 100% SIN TOPE Cl. Santa María de Santiago; 100% SIN TOPE Cl. Universidad De Los Andes; 100% SIN TOPE Cl. Las Condes de Santiago. (b) Médicos de Staff de dichas clínicas	105,00 UF	100,00 UF 4,80 VA 7,90 VA 1,35 UF 1,35 UF 2,00 UF 2,00 UF	SIN TOPE	
Atención Inmediata del Recién Nacido Honorarios Matrona	100% 100%	Sin Cobertura		0,70 UF 1,70 VA		
Traslados Médicos Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	100% 100% 100%	Preferente		SINTOPE	3,00 UF 20,00 UF 20,00 UF	
AMBULATORIAS Consulta Médica (c) Consulta Oftalmológica (c) Exámenes de Laboratorio(*) Exámenes de Imagenología (*) Procedimientos Kinesiología y Fisioterapia	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, Santa María, Cl. U De Los Andes, Las Condes y Red Salud Santiago y Vitacura. (c) Staff Médico de dichas clínicas	SIN TOPE	2,00 UF 2,00 UF 3,30 VA 3,30 VA 3,20 VA 2,40 VA	SIN TOPE	
Fonoaudiología Radioterapia (Incluye Insumos) Tratamiento de Quimioterapia Prótesis y Ortesis Lentes con Fuerza Dióptrica	80% 80% 80% 80% 80%	Sin Cobertura Preferente		2,40 VA SIN TOPE	3,35 UF 20,00 UF 20,00 UF 20,00 UF 1,30 UF	
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% 100% 100%	100% SIN TOPE Cl. Davila, Cordillera, Universidad De Los Andes, Las Condes, Santa María, Indisa, Vespucio y Red Salud Santiago y Vitacura. (b) Médicos de Staff de dichas clínicas		0,70 UF 0,70 UF 1,00 VA 14,00 VA 3,00 UF 15,00 VA	2,10 UF 2,10 UF SINTOPE	
PRESTACIONES RESTRINGIDAS Día Cama Psiquiatría Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Hospitalarios Consulta Psiquiátrica Consulta Psicológica	100% 100% 80% 80%	Sin Cobertura Preferente	SIN TOPE	1,00 UF 2,60 VA 2,67 VA 2,00 VA	16,00 UF 2,45 UF 2,20 UF 1,90 UF	
Resonancia Nuclear Magnética Ambulatoria Scanner y Ecografías Ambulatorias Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Ambulatorios	80% 80% 80%			3,30 VA 3,30 VA 1,80 VA	SINTOPE 2,35 UF	
Cirugías Bariátricas (Cualquier técnica). Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas (Cualc Cirugías Rinoplásticas (Cualquer tácnica).		25% de l	a cobe <mark>rtura Libre</mark> E			
Consulta Institucional de Urgencia (a)		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, Santa Maria, Cl. Universidad De Los Andres, Las Condes, Red Salud Santiago y Vitacura BONIFICACIÓN SEGÚN		ÚN		
Examen de Laboratorio, e imagenología (Excepto Prestaciones detalladas en Prestaciones Restringidas).		Copago Marimo: 20% Hospital Clinico 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 Qulipué, Cl. Davila, Cordillere, Vespucio, Indisa, Santa María, Cl. Universidad De Los Andes, Las Condes, Red Salud Santiago y Vitacura		MODALID <mark>AD LIBRE ELECCIÓN</mark>		
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (d) 80%				1,00 UF	2,00 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 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% 2,30 de la renuncia de excedentes los siguientes beneficios adicionales: Consulta Oftalmológica 2,30

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 130**



- Tratamiento de Químioterapia Hospitalaria y Ambulatoria: La cobertura incluye los farmacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosin kinasa, como tratamientos para el cartiner. Asimismo, se extérinde a fotolo son seumos para la administración de los farmacos contrológicos, incurporiandose, además el valor de los esquemas de riesgo año e intermedio el valor la capacita de capacita de la como para de la capacita de la ca
- - 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.

 - Hospitalización embarazo patológico.
- Radioterapia.
 Quimioterapia.
 Yodo Radioactivo.
 Cardiocirugías (salvo procedimientos de hemodinamia).
 Broncoscopía.
- 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 natológico.
 - Gran Quemado.

 Prestaciones médicas no codificadas por Fonasa.

· Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Pediátricos

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

Cirugía reconstructiva maxilofacial

Prestaciones que no realiza Clínica Vespucio de Santiago:

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.
- Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Universidad de los Andes:

 Radioterapia

 Exámenes de Medicina Nuclear, excepto densitometría ósea

 Cirugías oftalmológicas

 Trasplante cardiaco y hepático

 Angioplastía de coartación aórtica

 Cirugía cardiaca

 Resección fronto-naso-etmoidiana

- Injertos piel parcial y/o mucosa (incluye tratamiento zonas dadora y receptora): 51% y más de superficie corporal receptora y/o piel total. Peritoneoscopia transparietal

Cirugías de otorrinolaringología.
 Cirugías plásticas.
 Urología endoscópica.
 Otros procedimientos e intervenciones no codificados por FONASA.

- Manometría esofágica y anorrectal

Exanteración orbitaria ampliada Extirpación Radical de Hueso temporal

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 Cl. Dávila y Red Salud Stgo, Cl. Los Leones La Calera, Cl. Bupa Reñaca, Cl. Ciudad de Mar Viña del Mar, Cl. Los Carrera Quilpué y Red Salud Vitacura y Cl. Las Condes:

 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 requeir la Cobertura prevista as 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 un mo de los Convenios con consecuente en caso el prestador preferente en consecuente de la corresponde copagar al Beneficiario, hasta la siguiente anualidad, en cualquiera de estos casos Nueva Masvida S.A. designe.

 (S) 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 lor prestador preferente, y, si no hubiera un prestador preferente del del servicio 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 adoptoda y la i

- nsiderando el valor de esta unidad reajustable al último día del mes en que se devenga la remuneración
- La Collización de Salud debera ser cancelada considerando el valor de esta unidad reajustable al utilmo 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.