

ANEXO DE CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL



Plan PLENO
PLE 847



masvida

Plan PLENO



Plan de Salud
Complementario con
Modalidad Libre Elección
Plan con cobertura reducida
En prestaciones obstétricas y de neonatología

Plan PLENO PLE 847

FECHA:

CODIGO: 5507

F.U.N. N°:

INDIVIDUAL: X

Plan con Cobertura Reducida en prestaciones Obstétricas y de Neonatología

PRESTACIONES	% Bonificación sobre Valor Real de la Prestación	TOPE DE BONIFICACION U.F. o Veces Arancel (1)	TOPE MÁXIMO Año Contrato por Beneficiario en U.F. (2)	TOPE BONIFICACION Internacional (3)	AMPLIACIÓN DE COBERTURA (4)
HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA					
Día Cama (Vér Anexo Plan de Salud Complementario (**)).	100%	100% SIN TOPE Excepto 60% SIN TOPE en Clínica Las Condes, Alemana y Las Nieves de Santiago.		16,00 UF 25,00 UF 21,00 UF 6,00 VAM 6,00 VAM 6,00 VAM 16,00 VAM 300,00 UF 100,00 UF	
Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios	100%				
Día Cama Cuidados Intermedios	100%				
Exámenes de Laboratorio	100%				
Imagenología	100%				
Kinesiología	100%				
Derecho de Pabellón	100%				
Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización) (***)	100%				
Materiales e Insumos Clínicos (Por evento durante la Hospitalización) (***)	100%				
Procedimientos	100%	5,56 VAM			
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	13,26 VAM			
Visita por Médico Tratante	100%	1,52 UF			
Visita por Médico Interconsultor	100%	1,52 UF			
Traslados Médicos	100%		3,96 UF		
Quimioterapia	100%		44,00 UF		
Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	100%		11,88 UF		
AMBULATORIAS					
Consulta Médica	80%	1,74 UF			
Consulta Oftalmológica	80%	2,00 UF			
Exámenes de Laboratorio	80%	3,65 VAM			95% Nivel I, II y
Imagenología	80%	3,65 VAM			90% Nivel III (*)
Procedimientos	80%	2,90 VAM			
Kinesiología	80%	3,55 VAM	5,05 UF		
Fonoaudiología	80%	3,55 VAM	4,90 UF		
Radioterapia (Incluye Insumos)	80%		30,00 UF		
Quimioterapia	80%		40,00 UF		
Prótesis y Ortesis	80%		10,00 UF		
Lentes con Fuerza Dióptrica	80%		0,80 UF		
Atención Integral de Enfermería	80%	0,57 UF	1,71 UF		
Atención Integral de Nutricionista (****)	80%	0,57 UF	1,71 UF		
Prestaciones Dentales (PA D) (*****)	80%	1,00 VAM			
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	13,26 VAM			
Box Ambulatorio (por menos de 4 horas)	100%	3,78 UF			
Pabellón Ambulatorio	100%	14,70 VAM			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS					
Día Cama Sala Cuna	100%	5,00 UF			
Día Cama Incubadora	100%	10,00 UF			
Día Cama Psiquiatría	100%	3,50 UF	52,50 UF		
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Hospitalarios	100%	5,45 VAM	6,15 UF		
Honorarios Matrona	100%	3,20 VAM			
Consulta Psiquiátrica	80%	5,90 VAM	5,80 UF		
Consulta Psicológica	80%	5,90 VAM	5,80 UF		
Resonancia Nuclear Magnética Ambulatoria	80%	3,65 VAM			
Psicoterapia y Procedimientos Psiquiátricos y/o Psicológicos Ambulatorios	80%	3,55 VAM	4,20 UF		

VAM : VECES ARANCEL MASVIDA

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 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	80%	2,00
Consulta Oftalmológica	80%	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.

OTRAS COBERTURAS

COBERTURA INTERNACIONAL: BONIFICACION DE ACUERDO A LOS TOPES EXPRESADOS EN LAS COLUMNAS (1) Y (2). PARA EL CASO DE LAS PRESTACIONES SIN TOPE SE BONIFICARA EN BASE A LOS TOPES EXPRESADOS EN LA COLUMNAS (3).

COBERTURA DENTAL EN EL PLAN COMPLEMENTARIO:

La Isapre cubre aquellas prestaciones dentales contenidas en el arancel de prestaciones de Isapre 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 Masvida. El listado de prestadores y Arancel están disponibles en las oficinas de atención de público de la Isapre.



LAS PRESTACIONES OBSTÉTRICAS (PARTO, CÉSAREA O ABORTO) Y DE NEONATOLOGÍA TENDRÁN UNA COBERTURA REDUCIDA TAL COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN.

PRESTACIONES OBSTÉTRICAS Y DE NEONATOLOGÍA	COBERTURA
<small>DIA CAMA MATERNIDAD Medicamentos, Materiales e Insumos Clínicos (por evento durante la Hospitalización) (***)</small> <small>VISITA POR MÉDICO TRATANTE E INTERCONSULTOR DERECHO DE PABELLÓN</small> <small>ATENCIÓN INMEDIATA RECIÉN NACIDO</small> <small>HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS Y HONORARIOS MATRONA</small> <small>EXÁMENES DE LABORATORIO</small> <small>IMAGENOGRAFÍA</small> <small>PROCEDIMIENTOS</small>	25% <small>DE LA COBERTURA DEL PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD</small>

- 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 Ampliación de Cobertura expresada en la columna 3 del Plan complementario de Salud.

- No será aplicable a este tipo de planes la cobertura proporcional a la que alude el Artículo 189, letra g) del DFL N° 1 de Salud de 2005.

CLAUSULA ESPECIAL PARA PLANES CON COBERTURA REDUCIDA DE PARTO

Durante la vigencia del presente Plan, ISAPRE MASVIDA S.A. estará obligada a aceptar el cambio que el(la) cotizante le solicite. El(la) cotizante tendrá derecho a optar, al menos entre los siguientes planes de salud:

a) Un Plan de salud que mantenga la equivalencia en precio con aquel que se reemplaza y que satisfaga la cobertura de parto requerida, caso en el cual podrán efectuarse los ajustes que correspondan en relación a los restantes beneficios del nuevo plan.

b) Un Plan de salud que mantenga los beneficios del Plan que se sustituye y aumente la cobertura de parto, caso en el cual podrán realizarse los ajustes pertinentes en relación al precio del nuevo plan.

En todo caso, las partes podrán convenir, de común acuerdo, que el (la) cotizante se incorpore a un plan que otorgue mayores beneficios, realizando los ajustes de precio que correspondan.

IDENTIFICACION UNICA DE LA TABLA DE FACTORES: 35

GRUPOS DE EDAD	COTIZANTE		CARGA	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
0 a menos de 2 Años	1,90	1,90	1,80	1,80
2 a menos de 5 Años	0,90	0,90	0,80	0,80
5 a menos de 10 Años	0,70	0,70	0,60	0,60
10 a menos de 15 Años	0,70	0,70	0,60	0,60
15 a menos de 20 Años	0,70	1,20	0,60	0,70
20 a menos de 25 Años	0,80	2,00	0,70	1,40
25 a menos de 30 Años	0,85	2,60	0,80	1,60
30 a menos de 35 Años	1,00	2,80	1,00	1,85
35 a menos de 40 Años	1,05	2,80	1,00	1,85
40 a menos de 45 Años	1,25	2,80	1,20	1,85
45 a menos de 50 Años	1,40	2,80	1,40	1,85
50 a menos de 55 Años	1,90	3,00	1,80	2,00
55 a menos de 60 Años	2,40	3,30	2,20	2,20
60 a menos de 65 Años	3,20	3,30	3,00	3,00
65 a menos de 70 Años	4,00	4,00	4,00	4,00
70 a menos de 75 Años	4,00	4,00	4,00	4,00
75 a menos de 80 Años	4,00	4,00	4,00	4,00
80 y más Años	4,00	4,00	4,00	4,00

PRECIO BASE

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

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 MVPC#3

UNIDAD: PESOS

TOPE GENERAL
POR BENEFICIARIO

5.000

U.F.
Año/Contrato

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD:

(1) COBERTURAS:

- Es de exclusiva responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que mantienen convenio vigente con Isapre MASVIDA S.A..
- 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.
- (*) Si se utilizan Laboratorios y Centros de Radiología, cuyas prestaciones estén pactadas en los precios equivalentes a los niveles indicados en la columna Ampliación de Cobertura, sólo mediante la modalidad de Orden de Atención (Bono).
- (**) La Cobertura Sin Tope para Día Cama se otorgará solamente hasta el Día Cama Estándar del establecimiento asistencial en que se encuentre hospitalizado. Si se utiliza una cama de mayor valor, deberá cancelar la diferencia de precio entre el Día Cama Estándar y la cama utilizada (****).
- (***) 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 entre 15 y 35 años, con riesgo cardiovascular modifiable 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 Masvida.
- Quimioterapia: El Tope de Bonificación para Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria comprende la cobertura de: Honorarios Médicos, administración y preparación de la droga y Drogas Antineoplásicas.
- (*****) El listado de los prestadores y establecimientos asistenciales con sus correspondientes camas estándar está disponible en las oficinas de atención de público de la isapre.

(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) VALOR DE CONVERSION DE LA UNIDAD DE FOMENTO A UTILIZAR:

- La equivalencia en pesos de la UF utilizada para las prestaciones que estén pactadas en dicha unidad, será el valor correspondiente al último día del mes anterior al otorgamiento de la prestación.
- 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.

(4) REAJUSTE DEL ARANCEL DE PRESTACIONES:

- Para efecto de reajustar el valor de las prestaciones del Arancel en Pesos (\$), la isapre considerará un valor entre 10% y 100% de la variación que haya experimentado el I.P.C. el año calendario anterior al cual se está aplicando el reajuste y será aplicable 30 días después de que el Arancel del Fondo Nacional de Salud sea publicado en el Diario Oficial.

Firma Representante Isapre

Nombre: _____

RUT: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y Huella Dactilar del Afiliado

Nombre: _____

RUT: _____

