ANEXO DE CONTRATO DE SALUD PREVISIONAL

Plan PLENO
PLEN 273

nueva masvida
A NEXUS COMPANY



Plan PLENO

Plan de Salud Complementario con Modalidad Libre Elección

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

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

Plan PLENO
PLEN 273

FECHA: CODIGO: 8570

F.U.N. Nº: INDIVIDUAL: X

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

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 (Ver Anexo Plan de Salud Complementario (**)).	100%	100% SIN TOPE EXCEPTO 90% Sin Tope Cl. Las Condes, Cl. Alemana Santiago. (Hospitalización en habitación individual más simple con baño privado).	SIN TOPE	16,00 UF	SIN COBERTURA
Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios	100%			18,00 UF	
Día Cama Cuidados Intermedios	100%			17,00 UF	
Día Cama Sala Cuna	100%			3,00 UF	
Día Cama Incubadora	100%			3,00 UF	
Exámenes de Laboratorio	100%			5,00 VA	
Imagenología	100%			5,00 VA	
Kinesiología	100%			5,00 VA	
Derecho de Pabellón	100%			8,80 VA	
Medicamentos (Por evento durante la Hospitalización) (***)	100%	108,00 UF	135,00 UF	VER COLUMNAS (1) y (2)	
Materiales e Insumos Clínicos (Por evento durante la Hospitalización) (***)	100%	100,00 UF	340,00 UF		
Procedimientos	100%	6,20 VA	SIN TOPE		
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	8,40 VA			
Honorarios Matrona	100%	1,70 VA			
Visita por Médico Tratante	100%	1,60 UF			
Visita por Médico Interconsultor	100%	1,60 UF			
Atención Inmediata Recién Nacido	100%	0,70 UF			
Traslados Médicos	100%	SIN TOPE	1,50 UF		
Quimioterapia	100%		205,00 UF		
Prótesis y Ortesis y Elementos de Osteosíntesis	100%		10,00 UF		
AMBULATORIAS					
Consulta Médica	80%	2,35 UF	SIN TOPE	VER COLUMNAS (1) y (2)	SIN COBERTURA
Consulta Psicológica	80%	2,35 UF			
Consulta Oftalmológica	80%	2,70 UF			
Exámenes de Laboratorio	80%	4,00 VA			
Imagenología	80%	4,00 VA			
Procedimientos	80%	4,00 VA			
Kinesiología	80%	3,00 VA	4,50 UF		
Fonoaudiología	80%	3,00 VA	4,40 UF		
Radioterapia (Incluye Insumos)	80%	SIN TOPE	30,00 UF		
Quimioterapia	80%		550,00 UF		
Prótesis y Ortesis	80%		10,00 UF		
Tratamientos Fertilización Asistida (PAD) (******)	80%	1,00 VA	10,00 UF		
Lentes con Fuerza Dióptrica	80%	SIN TOPE	0,75 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 VA	SIN TOPE		
Honorarios Médicos Quirúrgicos	100%	7,80 VA			
Box Ambulatorio (por menos de 4 horas)	100%	3,00 UF			
Pabellón Ambulatorio	100%	8,80 VA			
PRESTACIONES RESTRINGIDAS					
Cirugías Bariátricas (Cualquier técnica). Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapeúticas (Cualquier técnica). Cirugías Rinoplásticas (Cualquier técnica).	25% de la Cobertura del Plan Complementario de Salud				
Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia (b)	80%	1,00 UF	2,00 UF		

VA : VECES ARANCEL NUEVA MASVIDA

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 BONIFICARÁ EN BASE A LOS TOPES EXPRESADOS EN LA COLUMNA (3).

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.

nueva masvida
A NEXUS COMPANY

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:

	% Bonificación sobre Valor real de la Prestación	Topes de Bonificación expresados en Unidades de Fomento
Consulta Médica	80%	2,70
Consulta Oftalmológica	80%	3,11

Se deja constancia que el aumento en los topes de bonificación regirá siempre y cuando el afiliado renuncie expresamente a los excedentes de cotización.

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

PRESTACIONES	COBERTURA
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	25% De la Cobertura del Plan Complementario de Salud.

- 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.

ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO
MODALIDAD LIBRE ELECCION

NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN DE SALUD:

(1) COBERTURAS:

- Es de exclusiva responsabilidad del beneficiario informarse sobre los prestadores que mantienen convenio vigente con Isapre Nueva Masvida.
  (b) La cobertura por este concepto corresponde solo en Atención de Urgencia de Clínica u Hospital y opera bajo la modalidad de Reembolso.

- 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.

- (**) 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 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.

- (******) Estas prestaciones estan destinadas a pacientes entre 25 a 37 años, para el tratamiento de infertilidad con inseminación artificial desde la pareja, considera las prestaciones para el tratamiento de fertilización asistida que esten incorporadas en el Arancel de Prestaciones, excluyen el tratamiento de inseminación artificial con espermios de donantes. Las prestaciones PAD no cubre complicaciones que se puedan presentar en la ejecución de este tratamiento, la frecuencia máxima para el tratamiento de baja complejidad, en el año calendario, es de 3 prestaciones para hombre y 3 prestaciones para mujer.

- (*******) 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.

- 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.

(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, 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.

(4) 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

nueva masvida
A NEXUS COMPANY

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 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 NUEVA MASVIDA Nº 2 — UNIDAD: PESOS

TOPE GENERAL POR BENEFICIARIO	6.000	U.F. Año/Contrato

Firma Representante Isapre

Nombre: _____

RUT: _____

Fecha: ___/___/___

Firma y Huella Dactilar del Afiliado

Nombre: _____

RUT: _____