

FECHA: | CÓDIGO: 9258
F.U.N. Nº: | INDIVIDUAL: X

# Plan Pleno Max

**PM261042**

Plan de Salud Complementario con Prestadores Preferentes

| | PRESTACIONES | COBERTURA PREFERENTE (*) BONIFICACIÓN (1) % | COBERTURA PREFERENTE (*) BONIFICACIÓN (1) TOPE | TOPE MÁX DE BONIFICACIÓN U.F. POR BENEFICIARIO /AÑO (2) | COBERTURA LIBRE ELECCIÓN BONIFICACIÓN % | COBERTURA LIBRE ELECCIÓN BONIFICACIÓN TOPE | TOPE MÁX DE BONIFICACIÓN U.F. POR BENEFICIARIO /AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HOSPITALARIAS Y CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA | Día Cama | **100% SIN TOPE** Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica MEDS, Hospital Clínico UC Christus, Clínica UC, Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Dávila, Clínica BUPA Santiago, Clínica RedSalud Providencia, Clínica Dávila Vespucio, Clínica RedSalud Santiago, Clínica Cordillera, Hospital del Profesor. **90% SIN TOPE** Clínica San Carlos de Apoquindo UC, Clínica Las Condes. **80% SIN TOPE** Clínica Universidad de Los Andes. [b] **Staff Médico de dichas clínicas** | | **SIN TOPE** | 100% | 12,50 UF | **SIN TOPE** |
| | Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios | | | | 100% | 14,50 UF | |
| | Día Cama Cuidados Intermedios | | | | 100% | 14,00 UF | |
| | Exámenes de Laboratorio | | | | 100% | 4,90 VA | |
| | Imagenología | | | | 100% | 4,90 VA | |
| | Kinesiología y Fisioterapia | | | | 100% | 4,90 VA | |
| | Derechos de Pabellón | | | | 100% | 7,55 VA | |
| | Medicamentos *(***)* | | | 600,00 UF | 100% | 300,00 UF | 300,00 UF |
| | Materiales e Insumos Clínicos *(***)* | | | 500,00 UF | 100% | 250,00 UF | 250,00 UF |
| | Procedimientos [b] | | | **SIN TOPE** | 100% | 4,90 VA | **SIN TOPE** |
| | Visita por Médico Tratante [b] | | | | 100% | 2,20 UF | |
| | Visita por Médico Interconsultor [b] | | | | 100% | 2,20 UF | |
| | Honorarios Médicos Quirúrgicos [b] | | | | 100% | 8,80 VA | |
| | Día Cama Sala Cuna | | | | 100% | 1,00 UF | |
| | Día Cama Incubadora | | | | 100% | 1,00 UF | |
| | Atención Inmediata del Recién Nacido | | | | 100% | 0,40 UF | |
| | Honorarios Matrona | | | | 100% | 1,60 VA | |
| | Tratamiento de Quimioterapia | | | 600,00 UF | 100% | 100,00 UF | 100,00 UF |
| | Traslados Médicos | | | 1,00 UF | 100% | 1,00 UF | 1,00 UF |
| | Prótesis, Órtesis y Elem. de Osteosíntesis | | | 15,00 UF | 100% | 10,00 UF | 10,00 UF |
| AMBULATORIAS | Consulta Médica, Psiquiátrica y/o Psicológica [c] | **80% SIN TOPE** Clínica San Carlos de Apoquindo UC, Clínica Las Condes, Clínica Santa María, Clínica Indisa, Clínica MEDS, Hospital Clínico UC Christus, Clínica UC, Centros Médicos UC Christus, Clínica RedSalud Vitacura, Clínica Dávila, Clínica BUPA Santiago, Clínica RedSalud Providencia, Integramédica, Centros RedSalud Santiago, Clínica Dávila Vespucio, Clínica RedSalud Santiago, Clínica Cordillera, Hospital del Profesor. **70% SIN TOPE** Clínica Universidad de Los Andes. [c] **Staff Médico de dichas clínicas** | | **SIN TOPE** | 70% | 1,50 UF | **SIN TOPE** |
| | Consulta Médica de Telemedicina en Especialidad [c] | | | | 70% | 1,50 UF | |
| | Exámenes de Laboratorio (*) | | | | 70% | 2,95 VA | |
| | Imagenología (*) | | | | 70% | 3,00 VA | |
| | Kinesiología y Fisioterapia [c] | | | 13,00 UF | 70% | 10,55 VA | 11,00 UF |
| | Fonoaudiología | | | 11,00 UF | 70% | 10,80 VA | 9,00 UF |
| | Radioterapia (Incluye Insumos) | | | 360,00 UF | 70% | 180,00 UF | 180,00 UF |
| | Tratamientos de Quimioterapia | | | 600,00 UF | 70% | 300,00 UF | 300,00 UF |
| | Prótesis y Órtesis | | | 300,00 UF | 70% | 150,00 UF | 150,00 UF |
| | Tratamientos Fertilización Asistida (PAD)*(******)* | | | 10,00 UF | 70% | 1,00 VA | 5,00 UF |
| | Lentes con Fuerza Dióptrica | | | 1,00 UF | 70% | 1,00 UF | 1,00 UF |
| | Atenciones Integrales de Enfermería | | | 2,50 UF | 70% | 1,00 UF | 2,50 UF |
| | Atenciones Integrales de Nutricionista *(****)* | | | 2,50 UF | 70% | 1,00 UF | 2,50 UF |
| | Procedimientos [b] | **Igual a la Cobertura Hospitalaria en Prestadores Preferentes** | | **SIN TOPE** | 70% | 4,90 VA | **SIN TOPE** |
| | Honorarios Médicos Quirúrgicos [b] | | | | 70% | 8,80 VA | |
| | Box Ambulatorio (por menos de 4 horas) | | | | 70% | 1,00 UF | |
| | Pabellón Ambulatorio | | | | 70% | 7,55 VA | |
| | Prestaciones Dentales (PAD) *(*****)* | **Sin Cobertura Preferente** | | | 70% | 1,00 VA | |

| PRESTACIONES RESTRINGIDAS | |
|---|---|
| Cirugías Bariátricas *(Cualquier técnica)* | **50% COBERTURA PLAN MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN** |
| Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas *(Cualquier técnica)* | |
| Cirugías Rinoplásticas *(Cualquier técnica)* | |

| ATENCIÓN DE URGENCIA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Consulta Institucional de Urgencia [a] | Igual a la Cobertura Ambulatoria Oferta Preferente,en el caso de Clínica Cordillera, BUPA Santiago.Clínica Indisa, Clínica Santa María, Hospital Clínico UC, Clínica MEDS, Clínica San Carlos de Apoquindo y Clínica Las Condes aplica cobertura Urgencia Integral. | | | |
| Medicamentos e Insumos en Servicio de Urgencia [d] | | 70% | 2,40 UF | 4,20 UF |

| URGENCIA INTEGRAL EN CLÍNICAS CORDILLERA, BUPA STGO, INDISA, STA. MARÍA, HOSP. CLÍNICO UC, CL. MEDS, SAN CARLOS APOQUINDO y LAS CONDES (e) | |
|---|---|
| Copago Fijo Urgencia Simple | 1,20 UF |
| Copago Fijo Urgencia Compleja | 3,00 UF |

[b] Staff Médico de dichas Clínicas
[c] Staff Médico de dichas Clínicas

Prestador Derivado: Clínica BUPA Santiago y Clínica Cordillera.

**VA : Veces Arancel Nueva Masvida**

## TIEMPOS MÁXIMOS DE ESPERA (En días corridos)

| | |
|---|---|
| Exámenes | 15 días |

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 Odontólogos de Chile con prestadores que mantengan convenio vigente con Isapre Nueva Masvida. Los listados de prestadores y Arancel están disponibles en las oficinas de atención de público de la Isapre.



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 | COBERTURA |
|---|---|
| Día Cama Cirugía | **50%** De la Cobertura del Plan Complementario de Salud en prestaciones involucradas en Cirugías Bariátricas y Cirugías Fotorrefractivas y/o Fototerapéuticas y Rinoplásticas. |
| 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 | |

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**

| TRAMO DE EDAD | COTIZANTE | CARGA |
|---|---|---|
| 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 |

Importante: El cobro por las cargas incorporadas al contrato de salud se iniciará desde que aquellas cumplan los 2 años de edad.

**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 | 8.500 | U.F. Año/Contrato |
|---|---|---|

Firma Representante Isapre

Nombre:_____

RUT:_____

Fecha:_____/_____/_____

Firma y Huella Dactilar del Afiliado

Nombre:_____

RUT:_____

**ANEXO DEL PLAN DE SALUD COMPLEMENTARIO MODALIDAD PRESTADOR PREFERENTE PLENO MAX**
**NOTAS EXPLICATIVAS DEL PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD**

**1.- COBERTURAS**

**(*) Cobertura Preferente: Será otorgada única y exclusivamente en los prestadores identificados en la oferta preferente y según los topes y porcentajes identificados en las 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.**
**La Cobertura preferente de Exámenes de Laboratorios e Imagenologia Ambulatorios, será otorgada única y exclusivamente en los Prestadores identificados en la oferta preferente para dichas prestaciones.**

**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

**b)** Los porcentajes y topes de Honorarios Médicos Quirúrgicos preferentes serán única y exclusivamente otorgados 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.



**c)** La Cobertura Preferente de Consulta Médica Electiva y/o Especialidades y Honorarios Médicos Quirúrgicos Ambulatorios 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.

**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.

**e)** Urgencia Integral: Incluye consulta institucional de urgencia, insumos, medicamentos, imagenología, exámenes, procedimientos y honorarios médicos solo en Clínica Cordillera, BUPA Santiago, Clínica Indisa, Clínica Santa María, Hospital Clínico UC, Clínica MEDS, Clínica San Carlos de Apoquindo y Clínica Las Condes con médicos de staff.
Compleja: La complejidad está definida por la realización de ciertas prestaciones de salud del grupo de Imagenología (04) específicamente de los subgrupos Tomografía Computarizada (0403), Ultrasonografía (0404), Resonancias Magnéticas (0405), Suturas (15-02 y 16-02), procedimientos médicos que incluyan prestaciones endoscópicas y aquellas atenciones a pacientes que ingresen en riesgo vital.

- 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.
- Tratamiento de Quimioterapia Hospitalaria y Ambulatoria: La cobertura incluye los fármacos para quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia, inhibidores de tirosinkinasa, 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 otorgará 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.

**(***)** La Bonificación de Medicamentos, Materiales e Insumos Clínicos es por Evento durante la hospitalización, 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 están destinadas a pacientes que requieran algunas de las prestaciones dentales 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 están 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.**

## 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.- CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE PLAN PREFERENTE PLENO MAX

**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 se otorguen con ocasión de la Derivación a que alude el punto precedente, Isapre Nueva Masvida las bonificará manteniendo el monto que habría correspondido Copagar al afiliado en el prestador que dio origen a la derivación. En todo caso, Isapre Nueva Masvida será responsable de que la atención de salud sea efectiva y oportunamente otorgada por los 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 grave para una persona y, por ende, requiere atención médica inmediata e impostergable, el afiliado deberá acudir los prestadores identificados en la oferta preferente. En caso de no poder dirigirse al prestador señalado en la Oferta Preferente, el afiliado personalmente o por medio de un familiar, deberá dar aviso dentro de las 48 horas siguientes del evento a Isapre Nueva Masvida para que tome conocimiento, oriente y gestione el caso. Para obtener la Cobertura de la Oferta Preferente del Plan, además de avisar en el plazo antes 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 día sábado, domingo o festivo, se prorrogará dicho plazo al día hábil siguiente. En todo caso, la cobertura y/o bonificación en un prestador ajeno a la oferta preferente será siempre según los topes y porcentajes expresados en la Modalidad Libre Elección del Plan Complementario de Salud al igual que los correspondientes gastos de traslado.

**C)** Tiempos Máximos de Espera (En días corridos): Los Tiempos Máximos de Espera definidos en el Presente Plan de Salud comenzarán a regir desde el Día Hábil siguiente a la Solicitud de Atención con los Prestadores Individualizados en este Plan.
Transcurridos los Plazos estipulados en el Cuadro Tiempos Máximos de Espera, el afiliado tendrá el derecho de solicitar a la Isapre Nueva MasVida su derivación a un prestador de similar calidad, que la Isapre Nueva MasVida, en conjunto con el prestador identificado en la Oferta Preferente designennsegún el diagnóstico y manteniendo los valores pactados para este Plan complementario de Salud.



**D)** Prestaciones Específicas que no se Otorgan en Clínica Cordillera de Santiago:

- Cirugía Cardiaca Pediátrica.
- Trastornos Psiquiátricos que requieran hospitalización.
- Trasplante de ningún tipo, Amnioscopía vía abdominal.
- Cirugías de Cráneo.
- Transfusiones feto fetales, Tratamientos de Infertilidad.
- Radioterapia, Quimioterapia, Yodo Radioactivo, Broncoscopía..
- Hospitalización embarazo patológico.
- Cardiocirugías (salvo procedimientos de hemodinamia).
- Cirugías traumatológicas de columna, Gran Quemado.
- Prestaciones no codificadas por Fonasa.

Prestaciones Específicas que no se otorgan en Hospital del Profesor:

- Día Cama Cuidados Intensivos o Coronarios Pediátricos y Neonatológicos.
- Procedimientos Cardiológicos y Cirugías Cardíacas (Cualquier Complejidad).
- Cirugías Cardíacas (Cualquier Complejidad).
- Cualquier Tipo de Trasplante.
- Cirugías Oftalmológicas de Coroides, Cámara Posterior y Retina.
- Procedimientos e Intervenciones no codificados por Fonasa.
- Medicina Nuclear y Radioterapia
- Procedimientos de Diagnósticos y Terapéuticos en Neurología y Neurocirugía.
- Procedimientos Oftalmológicos (Retinografía y Angiografía).
- Exámenes Radiológicos Complejos, Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Nuclear Magnética de Mama.
- Exámenes Urodinámicos, Procedimientos de Diálisis, Rinomanometría Otorrinolaringológica.

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 BUPA Santiago.

- 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 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 Isapre Nueva Masvida 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 de otro prestador preferente y, si no hubiera un prestador preferente distinto, con un profesional del o los prestadores derivados, que Isapre Nueva Masvida 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 MAX. Sin perjuicio de lo dispuesto en el DFL Nº 1 de Salud, de Septiembre de 2005, Isapre Nueva Masvida 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 prestador o prestadores distintos de los indicados en el Plan o falta de atención efectiva y oportuna por parte del prestador derivado; **(3)** Si Isapre Nueva Masvida 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 comercialización, que tenga el precio que más se ajuste al monto de la cotización legal que corresponda a la remuneración del afiliado al momento de modificarse el contrato.

**J)** 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, Isapre Nueva Masvida comunicará por escrito a cada uno de los Cotizantes Afectados y le ofrecerá Planes Alternativos.

## 4.- 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.

## 5.- 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.