

INFORMACIÓN RELEVANTE DEL SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO

- Red Atlántida administrada por MEDIPROCESOS
- Porcentaje de participación del asegurado 20%
- Costo de consulta dentro de red \$10
- Exámenes especiales deben de ser pre-autorizados
- Copago de 80% en emergencia médica en cuentas arriba de \$150.00

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE ACEPTAR OFERTA DE SEGURO

- Cotización firmada
- Solicitud de seguro debidamente completada
- Declaración Jurada
- Ficha integral
- Copia de DUI del solicitante.

GASTOS CUBIERTOS.

La póliza cubre los gastos médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado reciba con motivo de alguna enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

1. Servicios de hospital, que comprende el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o el dependiente asegurado hospitalizado y de acuerdo al valor reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Honorarios de médicos y cirujanos, que no tengan ningún grado de parentesco con el asegurado, autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado o al familiar dependiente, mientras éste se encuentre en un hospital, clínica o por visita a domicilio.

Para tratamiento no quirúrgico, se procederá con el reembolso de los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

En todo caso quedará a criterio de la Aseguradora la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del tratamiento.

Los gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por esta póliza estarán sujetos a reembolso hasta por el monto considerado por la Aseguradora como justos, razonables y acostumbrados, y sin exceder de los límites establecidos en la Póliza, según se indica:

- a) Cuando se efectúe una sola intervención, se reembolsará según el costo que corresponda a la cirugía realizada.
- b) Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al asegurado dos o más cirugías en la misma incisión, la Aseguradora pagará únicamente el importe de la cirugía mayor; si el Cirujano efectúa otra intervención diferente de la principal, en una región distinta del cuerpo del Asegurado y en la misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención quirúrgica se pagarán al 50% de los costos justos, razonables y acostumbrados y cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

- c) En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por enfermedad o accidente amparado por esta Póliza, den lugar a procedimientos completos, para la aplicación de los incisos a) y b) anteriores, la Aseguradora evaluará el pago máximo por dicho procedimiento independientemente de que se efectúen una o más intervenciones; considerando siempre lo justo, razonable y acostumbrado.
 - d) Si hubiese necesidad de una nueva intervención y la misma se practicase dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
 - e) Por honorarios del anestesta en cada intervención quirúrgica, la Aseguradora pagará en los casos a), b), c) y d) anteriores, según los aranceles justos, razonables y acostumbrados, hasta por el máximo establecido en la póliza.
1. Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación, emergencias, pequeñas cirugías y recuperación. En el caso de uso de salas de emergencias, se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el(la) mismo(a) no puede(a) ser tratado(a) como consulta externa.
No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
 2. Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesta autorizado para tal ejercicio, hasta un máximo equivalente al 35% sobre los honorarios del Cirujano Principal.
 3. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas.
En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, se cubrirán únicamente aquellos medicamentos que son proporcionados o suministrados durante la emergencia u hospitalización.
 4. Tratamientos prescritos por el médico tratante para ser suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento. En ningún caso se pagará cualquier examen que no sea necesario para el diagnóstico de la enfermedad o de lesión corporal por accidente, así como cualquier examen dental por medio de rayos X que no sea hecho como consecuencia de lesión por accidente.
 5. Servicio de ambulancia terrestre para viajar de y hacia un hospital local.
 6. Atención suministrada por enfermeras tituladas, que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado, que no vivan en la casa del asegurado y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de la imposibilidad del Asegurado de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días consecutivos. Pasado este tiempo, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera, deberá presentarse para aprobación de la Aseguradora la prescripción médica correspondiente.
 7. Suministro de lo indicado a continuación: sangre o plasma; miembros y ojos artificiales; yeso; tablilla; braguero; oxígeno y alquiler de equipo necesario para su aplicación; alquiler de: muletas, silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria siempre y cuando sea

proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado y sea debidamente prescrito por el médico tratante.

8. Gastos de tratamientos de radio, terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.
9. Tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades mentales, a cargo de Psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado o el familiar dependiente se encuentre hospitalizado y sea a consecuencia de una enfermedad cubierta por este seguro.
10. Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), por el cual se pagará hasta el porcentaje del máximo reembolsable, según se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.
11. Enfermedades originadas por epidemias declaradas o no como tales por el Gobierno.
12. Cualquier tratamiento relacionado con la menopausia o andropausia.
13. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio por enfermedad nerviosa, psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos del sueño de origen nervioso, trastornos de conducta, estrés o surmenage.
14. Trastornos o apneas del sueño sean esta central, obstructiva o idiopática; polisomnografías, y cualquier tratamiento relacionado con éste.

GASTOS EXCLUIDOS

Salvo convenio expreso y por escrito esta póliza no ampara los costos de los siguientes servicios:

1. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo, para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomiulosis, cataratas y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.
2. Tratamientos o medicamentos no aceptados por la ciencia médica, tales como la Quiropráctica, Acupuntura, Naturistas, Homeópatas, Holística, Herbolaria, Medicina Alternativa, Hipnotismo, y cualquier tratamiento de auto-terapia, medicina biológica, o música terapia, medicina celular; procedimientos nuevos considerados experimentales o de investigación, así como gastos que surjan del tratamiento o materiales cuyas propiedades y/o necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
3. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades o lesiones existentes y manifiestas antes de la vigencia del seguro.
4. Anomalías o enfermedades congénitas.
5. Servicios médicos y/o quirúrgicos para tratamientos dentales o maxilofaciales, excepto para aquellos causados por un accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y/o dislocación o fractura de la mandíbula, sufrida a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen; siempre y cuando:
 - a. el Asegurado haya estado cubierto por esta Póliza en la fecha de dicho accidente;
 - b. el tratamiento de reemplazo de los dientes naturales sea realizado antes de que finalice el período de vigencia de la Póliza dentro del cual se dio el accidente; y
 - c. el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

6. Cirugía plástica, estética, reconstructiva, correctiva o tratamiento cosmético, exceptuando los tratamientos de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona se encuentre asegurada bajo esta Póliza y que sean proporcionados dentro de los ciento ochenta (180) días después de tal accidente, por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la Aseguradora, que dicho tratamiento es estrictamente necesario. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
7. Gastos por septoplastías, operación de cornetes, septorinoplastías, xantomas o xantelasma, gigantomastías, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis palpebrales.
8. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto en los casos siguientes:
 - a. por enfermedad contraída después del nacimiento,
 - b. por condiciones congénitas anormales y que ocasionen una enfermedad y/o alteración de la salud, y
 - c. por parto prematuro.

Las excepciones de los literales b) y c) aplicarán siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento del parto al menos diez (10) meses de cobertura continua dentro de esta póliza.

9. Todo tratamiento relacionado con maternidad o embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, excepto en los casos de:
 - a. Embarazo extrauterino o mola,
 - b. Estados de preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia).

Esta excepción aplicará siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento de la complicación al menos diez (10) meses de cobertura continua dentro de esta póliza, siempre y cuando no provenga de tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.

10. Inmunizaciones, pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamientos de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes.
11. Compras de medicamentos que se efectúen en el consultorio médico u otro establecimiento que no sea una farmacia autorizada para la venta de los mismos.
En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, en el rubro de medicinas en ningún caso se cubrirán medicamentos que se entreguen al asegurado para continuar su tratamiento fuera del hospital.
12. Tratamientos por mal funcionamiento o deficiencia del sistema endocrino que no causen detrimento o menoscabo de la salud, tales como deficiencia de la hormona del crecimiento, telarquia precoz, y otros padecimientos similares.
13. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
14. Honorarios médicos por visitas a domicilio, excepto en los casos estrictamente necesarios.
15. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
16. Tratamientos de síndrome convulsivo, epilepsia y sus complicaciones.
17. Prostatéctomía efectuada después de que el Asegurado haya cumplido 55 años, la histerectomía antes de que la Asegurada cumpla los 50 años, excepto en casos de cáncer

o algún padecimiento que lleve al mismo. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

GASTOS NO CUBIERTOS.

Queda entendido que este contrato en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos, lesiones y tratamientos causados por o derivados de:

1. Cualquier enfermedad, condición o proceso degenerativo o natural.
2. Honorarios médicos de rutina y exámenes generales que no sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, incluyendo aquellos prescritos por el médico tratante y que resultasen normales o negativos.
3. Toda enfermedad o accidente proveniente de la ocupación del asegurado o dependiente afectado.
4. Condiciones geriátricas o seniles.
5. Insurrección, invasión, guerra declarada o no, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo.
6. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
7. Servicio militar, naval, de seguridad, vigilancia o de policía
8. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, mientras tomen parte en o práctica en eventos deportivos peligrosos competitivos, profesionales u organizados; tales como paracaidismo; deportes marítimos o fluviales como buceo, remo, esquí; vuelos en planeadores, vuelos delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana, u otras similares; cacería, tiro, tauromaquia, montadura; equitación; jockey; ciclismo en general; motociclismo; triatlón; bungee; alpinismo; espeleología y rapel; montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías; entre otros.
9. Daños personales sufridos por el Asegurado bajo la influencia o efectos de alcohol o drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.
10. Tratamientos médicos como curas de reposo, convalecencia o períodos de cuarentena o aislamiento por adicciones de cualquier tipo.
11. Gastos de sanatorios o clínicas por lesiones debidas a estados de trastornos mentales, tales como: lesiones autoinfligidas o intento de suicidio.
12. Lesiones voluntarias estando el Asegurado en pleno uso de sus facultades mentales.
13. Consultas o tratamientos realizados por psicólogos, neurólogos o psiquiatras, a consecuencia de hiperactividad, déficit de atención, trastorno bipolar, autismo cualesquiera sean sus manifestaciones, parálisis cerebral o secuelas de ésta, síndrome de Down, retardo mental, y otros síndromes similares, incluyendo también las terapias fonoaudiológicas y ocupacionales para el tratamiento de estos padecimientos.
14. Auto prescripción de medicinas
15. Medicinas de venta popular no controlada por la autoridad de salud competente.
16. Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o que no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia.
17. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas.
18. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados o aprobados por la Dirección Nacional de Medicamentos.

19. Leches, alimentos especiales para prevenir alergias, y cualquier otro tipo de padecimientos como problemas de absorción, o desnutriciones.
20. Vendajes o materiales para tratamiento ambulatorio aun cuando sean ordenados por el médico tratante, excepto aquellos colocados por médico autorizado en un centro asistencial.
21. Gastos ocasionados por familiares o acompañantes de un Asegurado durante su internación en un hospital, tales como habitación, cama o alimentos extras.
22. Aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descrito en la Cláusula Segunda - Gastos Cubiertos - de la presente póliza.
23. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer, incluyendo las riñas provocadas por éste; o su participación en delitos, duelos o riñas provocadas por otros.
24. Cualquier lesión o enfermedad que sufra el asegurado cuando se exponga voluntariamente al riesgo que la provocó sabiendo que podía ocasionar daño, excepto en aquellos casos en los cuales esté en peligro su vida o la de algún asegurado.
25. Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezca a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
26. Tratamiento de alcoholismo crónico o toxicomanía y sus consecuencias, desintoxicación por el uso excesivo o abuso de sustancias prohibidas o de medicamentos de uso controlado.
27. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie; obesidad, bajo peso, bulimia, anorexia; acné en cualquiera de sus manifestaciones, nevus, **telangiectasias (várices cuya afección es prioritariamente estética)**, varicocele.
28. Tratamientos podiátricos relacionados con deformidades congénitas, callos, hallux valgus (juanete), pie plano, pie varo y similares, arcos débiles, pies débiles; zapatos ortopédicos, plantillas y soportes; cuidados de los pies y manos, de uñas, tratamientos por onicomicosis, onicocriptosis, y los daños que sean causados como consecuencia de un manicure o pedicure.
29. Los gastos incurridos por tratamiento de fecundación in vitro y sus complicaciones, así como el tratamiento de la infertilidad, la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; disfunción eréctil o impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
30. Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas, nacimientos prematuros, provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.
31. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o fecundación invitro el embarazo múltiple a consecuencia de este procedimiento, por lo tanto, los nacimientos prematuros a consecuencia de estos tratamientos no estarán cubiertos.
32. No estarán cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.
33. Gastos por tratamientos médicos incurridos después de la fecha de vencimiento de la póliza, a causa de accidente o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.