

**MANUAL DEL  
ASEGURADO  
MULTISALUD  
COLECTIVO**

## Indicaciones

**General de Salud**, Compañía de Seguros, S. A., denominada en adelante como General de Salud pone a su disposición el Manual del Asegurado, el cual ha sido diseñado para ofrecerle un instructivo de consulta en un lenguaje sencillo y ameno, teniendo como función principal proveer información acerca del funcionamiento de su Plan de Salud.

El instructivo se ha dividido en tres capítulos que incluye una sección de Guías de Acceso a los servicios, que lograrán el entendimiento del Plan.

Capítulo I. Operación del Plan.....	3
Capítulo II. Principales Servicios Cubiertos y No Cubiertos.....	10
Capítulo III. Acceso a los Servicios.....	35

Le sugerimos lo siguiente:

- 1) Lea detalladamente las condiciones de su plan, recuerde que su seguro cuenta con limitantes y exclusiones, y algunos padecimientos no están cubiertos o cuentan con periodo de espera.
- 2) Su Tarjeta de Identificación es muy importante y deberá llevarla siempre consigo junto con su identificación oficial en caso de una urgencia médica y deberá mostrarlas al solicitar cualquier servicio previsto por el Plan, en sus visitas al médico, farmacia, hospital o laboratorio.
- 3) Si tiene alguna duda, problema o sugerencia, la línea telefónica INFOSALUD de Atención a Asegurados, está para atenderle:



Atención a Clientes

800 72 SALUD

72583

# Capítulo I. Operación del Plan

## 1. ELECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU PLAN DE SALUD

**General de Salud** pone a su disposición una amplia Red de proveedores para que pueda seleccionar a su Médico de Cuidados Primarios, este se hará cargo de su Plan de Salud. En caso de necesitar consultas con especialistas, él lo referirá con un especialista autorizado para su tratamiento. Solamente se cubren aquellas consultas, auxiliares de diagnóstico o medicamentos prescritos por su Médico, siempre que se cubran por su plan.

## 2. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Usted será identificado mediante una TARJETA, la cual deberá llevar siempre consigo junto con su identificación oficial en caso de una urgencia médica y deberá mostrarlas al solicitar cualquier servicio previsto por el Plan, en sus visitas al médico, farmacia, hospital o laboratorio.

Esta Tarjeta incluye: su nombre, Plan de Salud contratado, ID del Asegurado (número con el que se le identifica), así como los servicios y copagos correspondientes que lo cubren, y el número de nuestra línea de Atención a Asegurados “INFOSALUD” (Información del Plan de Salud).

En caso de robo o extravío, favor de comunicarse inmediatamente a “INFOSALUD” para su reposición ya que no podrá recibir ningún servicio sin ella. Las reposiciones de la Tarjeta de Identificación tendrán un costo con cargo al Asegurado afectado.

## 3. CITA CON MÉDICOS DE CUIDADOS PRIMARIOS

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Las primeras citas con su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios y las subsecuentes las solicitará Usted mismo directamente con el proveedor correspondiente de la red de General de salud.

***Acérquese a ellos para cuidar y mantener su salud y la de su familia.***

#### **4. FUNCIONES DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

El Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red de Médicos Generales, será el responsable de su atención médica, incluyendo la solicitud de autorizaciones o referencias a Especialistas y prescripción de medicamentos.

Además de proporcionar los servicios cubiertos por su Plan de Salud, otras de las funciones del Médico de Cuidados Primarios son:

Referencias:

- Consultas con Médicos Especialistas.
- Laboratorios de diagnóstico
- Radiografías de diagnóstico
- Sala de urgencias.

Prescripciones:

- Medicamentos

#### **5. FUNCIONES DEL ODONTÓLOGO DE CUIDADOS PRIMARIOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

El Odontólogo de Cuidados Primarios es el responsable de mantener la salud de su boca. La razón por la que puede llegar a perder sus piezas dentales es debido a la caries dental y enfermedad parodontal, cuadros patológicos que se presentan con gran frecuencia en la población mundial, más aún, problemas o enfermedades de su organismo pueden ser originados por no atender y cuidar su salud bucal.

Justamente por la falta de higiene o la forma inadecuada en cómo esta se lleva a cabo, es que se inician los cuadros patológicos antes mencionados. Su Plan reconoce la importancia de mantener sana su cavidad bucal, por lo que fomenta el que desarrolle el hábito de visitar a su Odontólogo de Cuidados Primarios.

## **6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Si su médico le proporciona una orden para algún Servicio Auxiliar de Diagnóstico, Usted podrá dirigirse a nuestra red de laboratorios participantes (consultar Red de Proveedores).

Con la orden que le otorgue su médico tratante podrá acudir a estos y recibir servicios, liquidando únicamente el copago correspondiente (consultar carátula de Póliza o bien al reverso de su credencial de identificación). Para servicios mayores a \$10,000 deberá contar con una carta de autorización generada por el área de dictamen médico de General de Salud.

Para la realización de algunos estudios de diagnóstico (Análisis, Radiografías, Electrocardiograma, Tomografía, etc.), se debe solicitar previamente información relacionada con las condiciones en que se deberá presentarse, para la adecuada realización de los estos.

En caso de duda comuníquese con su médico tratante o a "INFOSALUD".

## **7. REFERENCIA PARA VISITAR A UN MÉDICO ESPECIALISTA O PARA INTERNARSE EN UN HOSPITAL (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Dicha referencia al Médico Especialista será elaborada por su Médico de Cuidados Primarios, para lo cual se deberá solicitar la cita correspondiente, con el especialista al que haya sido enviado.

Al finalizar la consulta o la obtención de algún servicio, debe Usted firmar de conformidad el formato correspondiente (Receta, Orden de

Servicio, Informe Médico) **por ningún motivo deberá firmarlo en blanco o por anticipado, siempre debe hacerlo después de haber obtenido el servicio a su entera satisfacción.**

Cuando el Médico de Cuidados Primarios o Especialista requiera de su hospitalización para un tratamiento o cirugía programada, previa autorización del Departamento Médico de General de Salud y entrega de la documentación debidamente requisitada (indicada en sus condiciones generales en la sección Procedimiento para el trámite de pago directo a proveedores participantes en la red), Usted podrá elegir el hospital de la Red de Proveedores, notificándolo a “INFOSALUD”, quien se encargará en combinación con su médico, de realizar los preparativos correspondientes y avisarle los pasos a seguir.

### **AL LLEGAR AL ÁREA DE ADMISIÓN DEL HOSPITAL:**

**A.** Muestre la carta de autorización generada por el área médica de General de Salud.

**B.** Presente su Tarjeta de Identificación como Asegurado de General de Salud, acompañada de su identificación oficial con fotografía.

**C.** Solicite en la recepción que se le asigne un cuarto privado estándar o su equivalente.

**D.** Proporcione los datos que le sean requeridos.

**E.** De preferencia acuda acompañado de un familiar al momento de ingresar al hospital.

Cabe aclarar que su Tarjeta de Identificación le proporcionará el pase directo en los Hospitales de la Red. **No obstante, algunos hospitales probablemente le pidan un depósito o que firme un pagaré que tendrá que liquidar en caso de que no proceda nuestro Sistema de Pago directo. En caso de que sufra una urgencia o no esté en condiciones de hacerlo personalmente, su acompañante será el responsable de firmar el pagaré donde acepte liquidar los gastos no cubiertos o la totalidad de los mismos de acuerdo con las condiciones del Plan de Salud, solicitándonos posteriormente su Reembolso.**

Cabe señalar que, si su Póliza no está vigente y se encuentra en Periodo al Descubierta, operará el Sistema de Reembolso.

Cuando su médico le indique la fecha probable de alta, avise a la caja del hospital, con el fin de que le preparen su estado de cuenta y así se agilice la liquidación correspondiente a los gastos a su cargo y por tanto, su salida del hospital. Es indispensable que su médico dé las instrucciones de su alta para que abandone el cuarto antes de la hora límite de salida del hospital.

De otra forma General de Salud no cubrirá los gastos de otro día de hospitalización por el retraso de su salida. Los materiales de curación y medicamentos sobrantes, si los hubiere, se constituyen en propiedad de Usted, por lo que los deberá solicitar a la enfermera en turno.

***Quedarán a cargo del Asegurado, los gastos personales, los no cubiertos por la Póliza (alimentos extras, habitación diferente a la estándar, pañales, toallas sanitarias, llamadas de larga distancia, etc.), el deducible y el copago que corresponda dependiendo del plan contratado (consultar carátula de Póliza o bien al reverso de su tarjeta de identificación).***

## **8. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO**

General de Salud, se compromete a cumplir con su Plan de Salud otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Como Asegurado, Usted asume ciertos derechos y responsabilidades que son importantes los conozca:

### **USTED TIENE DERECHO A:**

- Ser tratado de una manera que respete su privacidad y dignidad como persona.
- Recibir asistencia oportuna, de manera cortés y responsable.
- Privacidad y Confidencialidad: todos los servicios a los que acuda se conservarán en profundo respeto, asimismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.

- Seguridad personal: el Asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden, tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su Plan de cuidado de la salud, cualquier exclusión o limitación asociada con este y sobre cualquier cargo por el cual sea responsable.
- Conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.
- Mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- Ser informado por su médico tratante sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- Ser informado por su médico tratante sobre cualquier tratamiento que pudiera recibir. Su médico debe solicitar su consentimiento para ser sometido a procedimientos, diagnósticos o tratamientos, informándole también de los riesgos, beneficios y alternativas.
- Rehusar el tratamiento y, a ser advertido por su médico de las posibles consecuencias de su decisión.
- Tiene derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en las condiciones generales
- Seleccionar a su médico tratante y hospital, asimismo podrá efectuar cambios cuando lo considere pertinente, mediante el procedimiento estipulado en las condiciones generales.
- Lo alentamos a comentar sus objeciones con su Médico de Cuidados Primarios. Él o ella le advertirá y comentará planes de tratamiento alternativos, pero usted tomará la decisión final.
- Expresar o reclamar acerca del cuidado y/o calidad de su Plan de Salud que **General de Salud** implemente y a recibir respuestas de manera oportuna.



## **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Comprender completamente la información otorgada por su Plan con respecto a los beneficios otorgados.
- Conocer el uso correcto de los Servicios y Beneficios de su Plan.
- Presentar previamente su Tarjeta de Identificación junto con su identificación oficial al recibir los servicios.
- Consultar a su Médico de Cuidados Primarios sobre orientación antes de recibir cualquier otro cuidado médico (a menos que se trate de situaciones que amenacen su vida).
- Respetar y cumplir con las citas programadas y notificar inmediatamente al consultorio médico si llegará tarde o si no le es posible acudir, de ser el caso, por favor, hágalo con 24 horas de anticipación.
- Pagar todos los cargos, si los hay, de acuerdo con el plan contratado, y/o aquellos servicios no cubiertos o que se hayan determinado improcedentes por preexistencias.
- Seguir los consejos de su Médico de Cuidados Primarios y considerar las posibles consecuencias cuando se rehúse a seguirlos.
- Proveer la información completa y honesta que le sea requerida por aquellos Proveedores que le brinden algún cuidado.
- Saber qué medicamentos está tomando, por qué los está tomando y la forma correcta de hacerlo.
  - Expresar sus opiniones, inquietudes y quejas de manera respetuosa y constructiva a las personas apropiadas de General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. o de la Red de Proveedores.
  - Notificar con oportunidad a las oficinas de General de Salud, sobre cualquier cambio en el tamaño de su familia, dirección, número telefónico, correo electrónico.
  - Realizar en forma oportuna el pago de su prima de seguro.
- Realizar el pago de los copagos que correspondan según el Plan contratado, al momento de recibir el servicio.

## **9. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN**

Es importante resaltar el esfuerzo invertido para que todos los servicios brindados por el Plan de General de Salud cuenten con estándares de calidad reconocidos. Brindar la atención adecuada donde sobresalga la calidad y calidez en el servicio otorgado es nuestro objetivo fundamental.

## **10. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES**

El Asegurado podrá consultar la red de proveedores actualizada en nuestra página web [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx), ya que esta puede variar al integrarse nuevos proveedores. Cabe mencionar que la mayoría de nuestros proveedores se encuentran certificados por las autoridades competentes. Los cambios en la red de prestadores de servicios médicos se estarán actualizando cada quince días.

## **Capítulo II. Principales Servicios Cubiertos y No Cubiertos**

### **1. COBERTURAS**

El Plan de General de Salud, proporciona los siguientes servicios a sus Asegurados a través de su Red de Proveedores Participantes bajo las condiciones y límites indicados en las Condiciones Generales de su Plan y que forman parte integral del contrato de seguro:

- 1. Medicina Preventiva.**
- 2. Mantenimiento de la Salud. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

3. **Maternidad. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
4. **Ayuda en Maternidad (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
5. **Servicios Odontológicos. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
6. **Servicios Auxiliares de Diagnóstico. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
7. **Hospitalización. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
8. **Medicamentos. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**
9. **Emergencia en el extranjero. (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

## **COBERTURA BÁSICA**

### **1.MEDICINA PREVENTIVA**

**General de Salud** entrega órdenes de servicio de medicina preventiva, que se incorporan a cada paquete de documentos de la póliza con el nombre del Asegurado, con las cuales, durante la

vigencia de la póliza, los Asegurados gozarán de los siguientes servicios:

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
2. Se cubrirán las vacunas establecidas por la Secretaría de Salud en el Esquema Nacional de Vacunación. En el caso de la vacuna del Virus de Papiloma Humano se aplicará únicamente a niñas de 10 y 11 años cumplidos.
3. Inmunizaciones para colectividades de riesgo según se establezca por la Secretaría de Salud: SR (Sarampión y Rubéola), Td (Toxoide tetánico y diftérico).
4. Exámenes de detección oportuna dependiendo del sexo y edad del Asegurado, los cuales son: detección de cáncer ginecológico (examen de mama, mamografía y Papanicolaou); de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colon y recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces); campañas de detección oportuna de hipertensión arterial, de dislipidemias (determinación de colesterol y triglicéridos en sangre) y de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre). Educación y Planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino de cobre).

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

El Asegurado podrá elegir entre los Proveedores participantes de la Red Médica de **General de Salud**, la cual puede consultar actualizada en nuestra página web [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx) (misma a la que se hace referencia en la sección "RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES"), para realizar una cita y acudir a ella siguiendo las instrucciones del proveedor, después deberá agendar una cita con su médico de cuidados primarios para la interpretación de resultados, y dependiendo el caso, la aplicación de vacunas y/o seguimiento de colocación de dispositivo intrauterino, todo lo anterior podrá realizarlo mediante la entrega directa de las órdenes de servicio de medicina preventiva.

## **Exclusiones de la cobertura Medicina Preventiva**

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

- a) **Exámenes para extensión de certificados de salud.**
  
- b) **Cualquier tipo de aplicación y vacunas para la prevención de salud que no se encuentre en el Esquema Nacional de Vacunación.**
  
- c) **Otros estudios o exámenes que no que no sean convocados para el asegurado.**
  
- d) **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

## **COBERTURAS ADICIONALES**

Estas Coberturas con costo adicional están a disposición de nuestros Asegurados para aumentar sus beneficios:

### **2.MANTENIMIENTO DE LA SALUD (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá la atención médica dentro del consultorio de médicos de cuidados primarios y/o médicos especialistas que requiera el Asegurado para detectar y tratar oportunamente una Enfermedad o Accidente Cubierto. El Mantenimiento de la Salud de los Asegurados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red.

**a. Médico de Cuidados Primarios:** Se considera el Médico General.

**b. Médicos Especialistas:** En caso de que el Asegurado requiera atención especializada, este deberá ser canalizado por el médico de cuidados primarios mediante una referencia médica. La Póliza amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Familiar, Médico Internista, Médico Pediatra, Médico Geriatria, Médico Ginecólogo y Obstetra que, dada la característica de su especialidad, los pacientes no requieren dicha referencia.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

## **Exclusiones de la cobertura de Mantenimiento de la Salud.**

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

- a) Consultas o tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.
- b) Consultas o tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos.
- c) Consultas o tratamientos médicos para corregir problemas de la vista.
- d) Cualquier tipo de consulta o tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.
- e) Consultas con nutriólogos, acupunturistas, homeópatas y médicos de medicina alternativa.
- f) Exámenes para extensión de certificados de salud.
- g) Consultas con Odontólogos, Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales.
- h) No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un Médico de Cuidados

**Primarios, a excepción de las especialidades especificadas en la descripción de la cobertura.**

**i) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

### **3.MATERNIDAD**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Se consideran cubiertos los gastos de los incisos 1 a 6 de esta cláusula, siempre que el embarazo se gesté dentro de la vigencia de la Póliza y cobertura.

Es requisito indispensable que, al momento del parto, la cobertura se encuentre contratada, vigente y cubierto el periodo de espera. El periodo de espera se considera cumplido si la gestación del embarazo se presenta después de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida de esta Póliza y la cobertura correspondiente. Este periodo de espera es aplicable para los siguientes incisos.

1.Control Prenatal (Consultas médicas de control y seguimiento).

2.Cuidados de maternidad durante el embarazo (parto o cesárea). Quedarán cubiertos hasta tres ultrasonidos obstétricos bidimensionales con su copago correspondiente en caso de no tener contratada la cobertura de Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

3.Cuidados del recién nacido. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y continua, este deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento, siempre y cuando la prima correspondiente se encuentre pagada y el parto haya sido cubierto por el Plan de Salud.

4.Servicios de ginecología.

5.Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, (siempre y cuando el parto haya sido cubierto por el Plan de Salud)

y el menor sea dado de alta en el Plan dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento).

6. Complicaciones del embarazo y del parto, siempre y cuando el parto haya sido cubierto por el Plan de Salud y atendido por la red de proveedores de **General de Salud**.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

#### **4. AYUDA EN MATERNIDAD**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Quedarán cubiertos los gastos erogados a consecuencia del parto y la operación cesárea siempre y cuando la madre asegurada cubra el periodo de espera correspondiente, para esta cobertura se considera cumplido si el inicio de la gestación del embarazo se presenta después de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida con **General de Salud** y la cobertura correspondiente.

Se cubrirán los gastos erogados por la Asegurada incluyendo los honorarios médicos quirúrgicos hasta la suma asegurada contratada particularmente para esta cobertura, sin aplicar deducible ni copago. No se cubrirá ningún otro gasto previo o posterior excepto de los que sean consecuencia directa de las complicaciones que a continuación se enuncian:

- Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo del embarazo extrauterino.
- Estados de fiebre puerperal.
- Estados de eclampsia y toxemia del embarazo
- Embarazo molar (Mola hidatiforme).

Para el caso exclusivo de las complicaciones se cubrirá el total de los gastos erogados por la Asegurada desde su ingreso hasta el alta



incluyendo los honorarios médicos-quirúrgicos con un límite del saldo de la suma asegurada contratada aplicando el deducible y copagos contratados para la cobertura de hospitalización aplicables para el evento de maternidad.

**Cuidados del recién nacido y padecimientos congénitos.** Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y continua éste deberá darse de alta dentro de los primeros treinta días naturales siguientes a su nacimiento, siempre y cuando la prima correspondiente se encuentre pagada y el parto haya sido cubierto por el Plan mediante esta cobertura.

## **5. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Estos servicios incluyen:

- 1.Consultas al odontólogo, incluye aplicación tópica de flúor en infantes.
- 2.Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal, máximo dos por año.
- 3.Examen oral de diagnóstico y plan de tratamiento.
- 4.Radiografías periapicales simples.
- 5.Curación y obturación con Amalgamas o Resinas.
- 6.Extracciones simples, excepto terceros molares.
- 7.Drenaje de absceso.
- 8.Tratamientos dentales, alveolares o gingivales indispensables a consecuencia de un accidente, amparado y cubierto por el Plan, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el Accidente.

Los servicios mencionados en el numeral 4, 5 y 6 tienen un tope de atención de cinco dientes por año de vigencia de la póliza.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

### **Periodo de espera de la cobertura de Servicios Odontológicos.**

Los gastos originados por los servicios odontológicos mencionados en el numeral 4, 5, 6 y 7 tienen un periodo de espera de un año.

### **Exclusiones de la cobertura Servicios Odontológicos.**

**La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:**

- a) Cualquier procedimiento que no se encuentre dentro de la descripción de la cobertura.**
- b) Implantes dentales.**
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

### **6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá los Servicios Auxiliares de Diagnóstico que sirvan como apoyo para el diagnóstico de los padecimientos y sean solicitados por el Médico Tratante (análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de Rayos-X e imagenología, histopatología, estudios audiológicos, pruebas respiratorias, encefalogramas, examen de la vista e isótopos radioactivos).

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

## **Exclusiones de la cobertura de Servicios Auxiliares de Diagnóstico**

**La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:**

- a) Estudios que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**
- b) Auxiliares de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y programados por el cirujano dentista.**
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.**

### **7.HOSPITALIZACIÓN**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Se consideran cubiertos los gastos que se ocasionen a consecuencia de un Accidente o Enfermedad amparados por el Plan, que provoque el internamiento del Asegurado en un hospital o sanatorio, incluyendo:

- 1.Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Asegurado: representados por el costo de cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia, gastos inherentes al tratamiento médico.
- 2.Hospitalización no quirúrgica.
- 3.Hospitalización quirúrgica y Cirugía ambulatoria y cirugía menor.
- 4.Honorarios del médico tratante por consultas que reciba el Asegurado durante su hospitalización en el sanatorio u hospital.
- 5.Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes. Se cubrirán los honorarios quirúrgicos de acuerdo con los aranceles

vigentes de **General de Salud** en la plaza donde fue contratada la Póliza, incluyendo a los ayudantes.

**En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:**

- **Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo Médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos establecido para cada una de éstas.**
- **Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo Médico y en el mismo tiempo quirúrgico, pero en diferente campo operatorio o a través de otra incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor, además del 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas, de acuerdo con lo establecido en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.**
- **Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un Cirujano de diferente especialidad, se le pagará el 50% de lo tabulado para la cirugía principal.**
- **Si un Cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.**

- **Cualquier otra intervención no quedará cubierta.**
- **En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.**
- **Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera, siempre y cuando transcurran al menos 24 horas entre una intervención y otra.**
- **Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:**

**a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%.**

**b) 60% de la factura hospitalaria total, aplicando en dicho monto el deducible y copago correspondiente a la cobertura de hospitalización.**

6.Honorarios del Anestesiólogo.

7.Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos procedentes y relacionados al padecimiento autorizado por el que ingresó a hospitalización, requeridos por el paciente durante su estancia en el Hospital.

8.Sala de operaciones, terapia intensiva, intermedia y de recuperación.

9.Consumo de oxígeno.

10. Transfusiones de sangre o elementos de la misma que se requieran.

11. Servicio de Urgencias las veinticuatro horas.

12. Planificación familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia) con periodo de espera de diez meses consecutivos e ininterrumpidos de vigencia.

13. Enfermera de cuidados especiales legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, y esté medicamente justificado, con un límite máximo de treinta días naturales por padecimiento.

14. Compra o renta de aparatos especiales ortopédicos, excepto la reposición de aquellos aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

15. Medicina Física y de Rehabilitación, cuando sea considerado indispensable por el médico tratante, con un límite máximo de sesenta sesiones por padecimiento.

16. Tratamiento con Terapia Radioactiva, Quimioterapia e Inhaloterapia.

17. Renta de equipo para recuperación, con un límite máximo de sesenta días por padecimiento.

18. Transporte en Ambulancia Terrestre, cuando las condiciones de salud del Asegurado lo requieran y el Médico Tratante lo prescriba, previa autorización de **General de Salud**.

19. Por accidente o enfermedad, gastos de cualquier tipo de prótesis y/o aparato implantable, con un costo máximo unitario equivalente a 86 UMAMS (Unidad de Medida y Actualización Mensual) con el valor en moneda nacional al momento de la contratación. Excepto la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

20. Tratamiento quirúrgico de nariz o senos paranasales que sean originados por accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y este cubierto por el programa, y que dicha intervención se realice de manera inmediata o bien dentro de los primeros treinta días naturales de ocurrido el accidente, previa revisión y autorización de **General de Salud**.

21. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de accidente o enfermedad, siempre y cuando este haya sido cubierto por el Plan de salud y se dictaminen dentro de los siguientes treinta días naturales de ocurrido el evento.

22. Se cubren los tratamientos quiroprácticos hasta un máximo de 30 sesiones por cada accidente y/o enfermedad amparada, siempre y cuando sean otorgadas por un Quiropráctico con Título profesional, previa autorización de la Compañía.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

## **EVENTO DE ALTO COSTO**

**General de Salud** cubrirá, previa autorización expresa por escrito o por correo electrónico, los gastos derivados de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y/o los medicamentos requeridos para el tratamiento extrahospitalario de los padecimientos que, por su evolución natural, complejidad o complicación demanden un manejo que eleve el costo de su atención y que sean amparados por esta cobertura:

- Cáncer y Leucemia
- Evento Vascular Cerebral
- Infarto Agudo al Miocardio
- Insuficiencia Renal Crónica

- Esclerosis Múltiple
- Pérdida de Miembros
- Injerto Aórtico
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Dislipidemias
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Bajo las siguientes condiciones:

1. Es necesario que el asegurado esté en control de su padecimiento con los proveedores de la red médica de **General de Salud**. En caso de que el asegurado haga caso omiso al control de su padecimiento, **General de Salud** se reserva el derecho de cesar la cobertura de “Evento Ambulatorio de Alto Costo”.

2. Los servicios médicos serán cubiertos una vez que se establezca el diagnóstico definitivo y deberán ser por un mismo padecimiento, estos se pagarán a partir del primer peso que rebase cuatro UMAMS (Unidad de Medida y Actualización Mensual) con el valor en moneda nacional al momento de la erogación de los gastos, mismos que se descontarán con cada nuevo padecimiento o renovación de Póliza.

3. Una vez cubiertos los gastos, el Asegurado deberá presentar Informe Médico actualizado que especifique la evolución y el pronóstico de cada padecimiento cubierto cada seis meses.

4. Procederá vía reembolso, salvo aquellos casos que la compañía determine como pago directo.

5. El pago de la reclamación se hará de acuerdo con los aranceles establecidos por General de Salud.

6. El copago aplicará sin excepción alguna y de acuerdo con la siguiente tabla:



Cobertura	Copago
Servicios Auxiliares de Diagnóstico	El 25% del total de la factura o el estipulado en la Póliza, el que resulte mayor.
Medicamentos prescritos en consulta externa (Directamente relacionados al padecimiento arriba mencionado)	El 25 % del total de la factura o el estipulado en la Póliza, el que resulte mayor.

## **8.MEDICAMENTOS**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Mediante esta cobertura General de Salud cubrirá los medicamentos prescritos por el Médico Tratante durante la consulta, hasta la Suma Asegurada específica y definida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

El Asegurado participará invariablemente en cada evento con el Copago contratado para estos servicios, el cual se encuentra especificado en la carátula de la Póliza.

## **9. EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO**

**(Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, General de Salud, reembolsará las erogaciones realizadas por el Asegurado o sus dependientes, originadas por una emergencia en el extranjero a consecuencia de un accidente o enfermedad.

La edad máxima de renovación para esta cobertura será de 69 años cumplidos.

## **Coberturas y Beneficios**

**1. SUMA ASEGURADA:** El Suma Asegurada de esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta mil dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica al momento de la contratación. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

La Suma Asegurada que corresponde a esta cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el que rija durante la vigencia del certificado correspondiente.

Esta cobertura será válida, siempre y cuando el Asegurado o sus beneficiarios se encuentren viajando fuera de la República Mexicana y su estancia fuera de la misma no exceda los noventa días.

**2. EMERGENCIA MÉDICA:** Cualquier alteración de la salud del Asegurado, que suceda, se origine o se manifieste por primera vez después de la fecha de salida en viaje, a través de síntomas agudos de tal severidad que requieran atención médica de inmediato, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal.

***La Emergencia, así como los efectos de esta Cobertura terminan cuando se estabilice y controle la condición patológica del paciente y esté en posibilidad de regresar a Territorio Nacional. Cualquier tratamiento posterior, será atendido en la República Mexicana de acuerdo a las condiciones de su Programa de Salud.***

***Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarifa correspondiente a “cuarto semiprivado”.***

General de Salud, pagará la reclamación al tipo de cambio vigente al día de la erogación de los gastos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación, bajo el rubro de tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana.

## **EXCLUSIONES DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO**

No quedan cubiertos los gastos que se originen por accidente o enfermedad ocurridos en la República Mexicana o en país diferente a donde se atiende médicamente la emergencia, así como sus consecuencias o complicaciones, sean éstas o no el motivo de la estancia o del viaje.

No se pagarán los gastos efectuados en el extranjero por:

- Servicio de enfermera fuera del hospital.
- Tratamientos de rehabilitación.
- Reclamación originada por Padecimientos Preexistentes.
- El parto y complicaciones de embarazo.
- Estudios e intervenciones quirúrgicas programadas dos días después de la Emergencia Médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.

### **GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES:**

Los gastos por tratamiento médico quirúrgico para planificación familiar definitiva (Vasectomía y Salpingoclasia); así como los indicados en las demás coberturas.

### **GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS:**

Los gastos por tratamiento médico o quirúrgico de: Amígdalas y/o Adenoides; Padecimientos Anorrectales; Cirugía funcional de nariz o senos paranasales en caso de enfermedad, previa valoración y autorización de General de Salud; Circuncisiones; Litiasis del aparato genitourinario; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos u Oncológicos del Piso Perineal, Genitales internos y externos; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias; Insuficiencia venosa; Padecimientos de Rodilla, Cáncer de cualquier tipo, Hallux Valgus, Catarata, Padecimientos de Hombro; Padecimientos de Cadera.

## **GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE CINCO AÑOS**

El diagnóstico y tratamientos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, quedarán cubiertas a partir del quinto año de vigencia continua e ininterrumpida, siempre y cuando el virus no haya sido detectado antes o durante este periodo

## **ELIMINACIÓN DE PERIODOS DE ESPERA POR ACCIDENTE.**

Se eliminan los periodos de espera en caso de Accidente Cubierto, excepto para los padecimientos de la Columna Vertebral, Rodilla y Cirugía funcional de nariz o senos paranasales.

## **EXCLUSIONES GENERALES**

**El Plan de Salud no cubre los siguientes:**

- 1. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**
- 2. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio**

**Asegurado que no tengan relación con el motivo del internamiento, aun cuando sean solicitados por el médico tratante.**

**3. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza, así como la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.**

**4. Procedimientos médicos o quirúrgicos que desencadenen en un aborto; que no sean recomendados por el Médico de Cuidados Primarios del Asegurado o que no esté en riesgo la vida de la madre asegurada.**

**5. Exámenes para extensión de certificados de salud.**

**6. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualesquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.**

**7. Diagnóstico y tratamiento para el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con período de espera de cinco años.**

**8. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como el tratamiento médico o quirúrgico de endometriosis y aquellos de carácter**

**estético o plástico, excepto lo mencionado en la Sección “Coberturas”.**

**9. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.**

**10. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones o enfermedades congénitas, a excepción de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre que se cumpla con el periodo de espera establecido y que el parto haya estado cubierto por el programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.**

**11. Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas, acupunturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa o complementaria.**

**12. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**

**13. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes corneales).**

**14. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**

**15. Ambulancia Aérea.**

**16. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Asegurado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.**

**17. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**

**18. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como: alpinismo, box, lucha libre o greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.**

**19. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**

**20. Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**

**21. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio, mutilación y/o agresión voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

**22. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, General de insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al**

participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el asegurado participa como sujeto activo del mismo.

**23. Apoyos Diagnósticos, Tratamientos Médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.**

**24. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones excluidas en este Programa.**

**25. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales, excepto aquellos servicios contratados y cubiertos por el programa. Dichos servicios solo serán cubiertos siempre y cuando sean indispensables a consecuencia de un accidente, el cual deberá ser respaldado y documentado por el odontólogo tratante y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido.**

**26. Implantes dentales de cualquier tipo.**

**27. Tratamientos médicos o quirúrgicos de padecimientos o alteraciones de todo tipo, de la articulación temporo mandibular.**

**28. Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene buco-dental.**

**29. Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, fórmulas lácteas y**



**derivados o complementos, productos de higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el programa.**

**30. Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol.**

**31. Vacunas específicas para el tratamiento de alergias**

**32. Pruebas de compatibilidad.**

**33. En caso de trasplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores así como las complicaciones y secuelas del donante.**

**34. Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos ó bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.**

**35. Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**

**36. Material de curación para pacientes fuera de hospital.**

**37. Aplicación y vacuna del Virus del Papiloma Humano.**

**38. Los accidentes o enfermedades que sufra el beneficiario, asegurado o afectado, como consecuencia o estando bajo los efectos o influjos de cualquier**

**sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central sin importar el grado o concentración de las mismas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.**

## **PLANES DISPONIBLES**

El contratante podrá elegir el plan que más se adopte a sus necesidades, los cuales se enuncian a continuación:

### **Distinguido:**

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud
- Maternidad
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico
- Servicios Odontológicos
- Hospitalización
- Ayuda en Maternidad\* (Se puede elegir en lugar de la cobertura de Maternidad)

### **Preferente:**

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud
- Maternidad
- Hospitalización
- Ayuda en Maternidad\* (Se puede elegir en lugar de la cobertura de Maternidad)

### **Especial:**

- Medicina preventiva
- Hospitalización

## **Primario:**

- Medicina preventiva
- Mantenimiento de la Salud

\*Para colectivos de más de 50 asegurados

## **Coberturas complementarias**

- Emergencia en el extranjero\*
- Medicamentos\*\*

\* La cobertura solo se puede elegir con planes que tengan la cobertura de Hospitalización.

\*\* La cobertura solo se puede elegir con planes que tengan la cobertura de Mantenimiento de la Salud.

## **Capítulo III. Acceso a los Servicios**

A continuación, comentamos algunos conceptos claves para la correcta obtención de los servicios.

### **1. COPAGOS**

Los Asegurados pagarán los copagos al momento de recibir los servicios y beneficios contratados en la Póliza, en caso de reembolso el copago será deducido de la reclamación. Una lista de estos se especifica en la carátula de la Póliza. En caso de no cumplir con este requisito, será motivo para rescindir su cobertura familiar.

En caso de que el Asegurado sufra un accidente, este quedará exento del copago correspondiente.

## 2. URGENCIAS

Al presentarse una situación de urgencia al Asegurado, este se deberá comunicar primero con su Médico de Cuidados Primarios, si no le es posible localizarlo podrá llamar a nuestra línea “INFOSALUD” para recibir orientación sobre cómo manejarla. Si no le es posible hacerlo, favor de acudir a la sala de urgencia de un Hospital Participante en nuestra Red.

Si el Asegurado está inconsciente y fue llevado a un hospital no participante, o su urgencia ocurrió lejos de donde nos encontramos y el tiempo es crítico, General de Salud cubrirá los servicios de urgencia, aún de los proveedores no participantes, hasta que el Asegurado pueda ser estabilizado y salir o ser transferido a un hospital participante.

El Asegurado notificará a las oficinas de General de Salud tan pronto como le sea posible o antes de 48 horas de haber recibido el tratamiento o su admisión.

## 3.PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

### SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED

Beneficio mediante el cual **General de Salud** pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Plan de Salud. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red, que el Certificado se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio.

Invariablemente el Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud contratado (Ver certificado correspondiente).

**Proveedores Médicos.- General de Salud**, cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente, el Asegurado será responsable de cubrir al proveedor el copago correspondiente de acuerdo al Plan de Salud contratado.

**Hospitales.- General de Salud** liquidará directamente al hospital los gastos que sean cubiertos por el Plan, observando que para que un Asegurado del Plan de Salud ingrese al hospital, deberá presentar una Referencia o Autorización Previa del Plan de Salud, excepto en casos de urgencia, en cuyo caso el Asegurado deberá solicitar al hospital que comunique a las oficinas **General de Salud**, que ha ingresado al mismo. Por su parte, **General de Salud** hará las verificaciones necesarias, o de ser procedente otorgará la autorización correspondiente. En el caso de que el Asegurado haya incurrido en gastos no cubiertos por el programa de Salud, será responsabilidad de éste liquidarlos.

**Servicios Auxiliares de Diagnóstico.- General de Salud** pagará directamente los servicios utilizados por el Asegurado en laboratorios y otros centros de diagnóstico a los que haya sido referido por médicos de la Red de Proveedores del Plan de Salud, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Asegurado, por su parte solo cubrirá al proveedor el copago que corresponda de acuerdo al Programa de Salud contratado.

**Farmacias: General de Salud**, liquidará al proveedor el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el **Médico de Cuidados Primarios**, y que consten en el formulario respectivo, quedando a cargo del Asegurado el importe del copago correspondiente de acuerdo al Plan de Salud contratado.

**Medicamentos Intrahospitalarios: General de Salud** liquidará al proveedor hospitalario el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el **Médico Tratante dentro del hospital**, quedando a cargo del Asegurado el importe del copago contratado para hospitalización correspondiente de acuerdo con el Plan Contratado.

***Los medicamentos prescritos por médicos especialistas se tramitarán exclusivamente vía pago por reembolso.***

***Los gastos incurridos con proveedores fuera de la Red del Plan de Salud, se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.***

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **General de Salud**, a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **General de Salud**.

## **PROCEDIMIENTO PARA EL TRÁMITE DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED.**

En toda reclamación deberá comprobarse a **General de Salud** y por cuenta del Asegurado, la realización del evento que origina la reclamación.

Será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de **General de Salud** y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

- a) **Aviso de Accidente o Enfermedad**, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.
- b) **Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa**, éstos deben ser contestados con claridad por cada uno de los Médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.
- c) **Original de todos los Estudios y Comprobantes de Pago respectivos**, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia

acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).

d) **Acta del Ministerio Público y/o Carpetas de Investigación**, en caso de accidente o complicación legal.

e) **Identificación oficial.**

Los documentos señalados en los incisos b), c), d) y e) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo.

En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, se deberán presentar un Informe Médico y un Aviso de Accidente o Enfermedad por cada Paciente o Padecimiento, separando sus respectivos gastos.

En caso de Reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Asegurado.

## **SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO**

Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Plan de Salud, se han efectuado con un proveedor participante o no participante y liquidado por el Asegurado directamente a dicho proveedor de servicios.

Es obligación del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el apartado “Comunicaciones” a **General de Salud**, en el curso de los primeros tres días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de reclamación.

El Pago por Reembolso se hará, sólo en los casos donde se justifique que los servicios prestados por proveedores fuera de convenio, fueron utilizados debido a causas de urgencia, donde el estado de salud del Asegurado no le permitió llegar a un Proveedor Participante o el

Proveedor no le haya brindado la atención necesaria previstos en este contrato, por saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Se entenderá por error de diagnóstico, cuando el Asegurado haya asistido previamente con un proveedor participante y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de proveedores, por la misma urgencia médica. Las reclamaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo a los aranceles vigentes de la Compañía en la plaza, en el curso de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que **General de Salud** reciba los documentos e información completa que le permita conocer los fundamentos de dicha Reclamación.

Los gastos erogados por reclamaciones procedentes ocurridas durante la vigencia de la Póliza o Certificado, se reembolsarán hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada.

**General de Salud** sólo pagará los honorarios de Médicos, Enfermeras o enfermeros titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios u hospitales debidamente autorizados. Todas las reclamaciones cubiertas por el Plan de Salud serán liquidadas a cada Asegurado a quien éste haya autorizado para tales efectos mediante la presentación de carta poder, en las oficinas de **General de Salud**.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **General de Salud** a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del Asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **General de Salud**.

## **Procedimiento de trámite de pago por reembolso**



En toda reclamación deberá comprobarse a **General de Salud** y por cuenta del Asegurado, la realización del evento que origina la reclamación.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de **General de Salud** y, que el Certificado se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

a) **Aviso de Accidente o Enfermedad**, requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.

b) **Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa**, éstos deben ser contestados con claridad por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.

c) **Original de todos los Estudios y Comprobantes de Pago respectivos**, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).

d) **Acta del Ministerio Público y/o Carpetas de Investigación**, en caso de accidente o complicación legal.

e) **Identificación oficial.**

Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes, anestesiólogos y enfermeras, deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran.

Los documentos señalados en los incisos b), c), d) y e) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo.

En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, se deberán requisitar un Informe Médico y Aviso de Accidente o Enfermedad por cada paciente o padecimiento, separando sus respectivos gastos. En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho de elegir médicos distintos a los de la red de proveedores contratados por la Compañía, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo con el gasto usual y acostumbrado de la Compañía y el costo del servicio que le preste el médico.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con médicos fuera de la Red de Proveedores de Servicios, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad civil presente o futura, en relación a la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios, ambulancia y todo lo que se encuentre fuera de los servicios que proporciona la Compañía a través de sus redes de proveedores.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con médicos de la Red de Proveedores de Servicios, la Compañía quedará liberada de toda responsabilidad civil presente o futura, en relación con la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios, ambulancia y todo lo que se encuentre fuera de los servicios que proporciona **General de Salud** a través de sus redes de proveedores.

En aquellos casos en los que el Asegurado reciba la atención fuera del lugar declarado como de residencia, el pago de los siniestros correspondientes se ajustará al valor de los aranceles de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

**General de Salud** se reserva el derecho a solicitar al asegurado la información que considere necesaria para el adecuado análisis de la reclamación presentada.

## **SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN POR AYUDA EN MATERNIDAD.**

**(Exclusivo para Colectivos, aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza y/o certificado)**

Reclamación por parto de acuerdo con la suma asegurada contratada para esta cobertura en particular.

En caso de siniestro, la asegurada podrá solicitar una carta por parte de General de Salud en dónde conste que el pago de los gastos hospitalarios, así como los honorarios quirúrgicos, serán cubiertos hasta por la suma asegurada contratada para esta cobertura en particular.

El periodo de espera correspondiente para esta cobertura, es de treinta días de vigencia continua e ininterrumpida dentro de la póliza con General de Salud al momento del parto, cesárea, o inicio de la complicación del embarazo.

***Cualquier duda que tenga acerca de este procedimiento, le recomendamos llamar a nuestra línea de Atención a Asegurados estamos para ayudarlo.***

## **4. QUEJAS**

**En caso de queja:**

1. El Asegurado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Salud o ante cualquiera de sus encargados en las diferentes sucursales u oficinas.
2. Dicha reclamación deberá realizarse por escrito.
3. **General de Salud** a través del titular de su Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones, deberá dar

respuesta por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la queja.

### **En caso de requerir alguna consulta ante la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones:**

1. El Asegurado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Salud o ante cualquiera de sus encargados en las diferentes sucursales u oficinas.

2. La consulta podrá hacerse por escrito o en forma verbal, dándose respuesta inmediata a la misma, en caso de requerirse respuesta por escrito y que así lo considere necesario la Unidad Especializada, ésta tendrá un plazo de treinta días hábiles para dar respuesta, contados a partir de la fecha de recepción de la consulta.

## **5. AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicar a General de Salud las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado omitiera el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, General de Salud no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado no cumpla con las campañas de Medicina Preventiva o haga caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se le proporcionen, General de Salud podrá considerar que el Asegurado incurre en una agravación de riesgo.

## **6. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC)**

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, o que resulte dubitativa por considerarse que pudiere favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta, disposición Septuagésima o Septuagésima Primera o disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que General de Salud tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante (s), Asegurado (s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

General de Salud consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de

Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

## **7. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMSIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF).**

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con el seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud al teléfono a 55.52.70.80.00 extensión 8883 y 8806, y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico [atencionaclientes@gsalud.com.mx](mailto:atencionaclientes@gsalud.com.mx); o visite [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx)

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en la dirección Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México y/o al Centro de Atención Telefónica a los teléfonos 555340 0999 y 800 99 98080, y/o al correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de julio de 2024, con el número CNSF-H0707-0031-2024/CONDUSEF-006490-01.**