MANUAL DEL ASEGURADO

SALUD VITAL

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

GENERAL DE SEGUROS SALUD

GENERAL DE SEGUROS SALUD

MANUAL
DEL ASEGURADO

SALUD VITAL

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

N-04-SVI-MA

INDICACIONES **3**

CAPÍTULO I. **OPERACIÓN DEL PROGRAMA** **3**

CAPÍTULO II. **PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS**..... **13**

CAPÍTULO III. **ACCESO A LOS SERVICIOS**..... **29**

Indicaciones

EL MANUAL DEL ASEGURADO ha sido diseñado para ofrecer a Usted, un instructivo de consulta en un lenguaje sencillo y ameno, teniendo como función principal proveer información acerca del funcionamiento de su Programa Salud Vital.

El instructivo se ha dividido en tres capítulos y una sección de Guías de Acceso a los servicios, que lograrán el entendimiento de su Programa de Salud Vital.

Si tiene alguna duda, problema o sugerencia, la línea telefónica INFOSALUD de Atención a Asegurados, está para atenderle.

CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PROGRAMA

1. **ELECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU PROGRAMA DE SALUD VITAL**
   Una vez que haya seleccionado a su Médico y Odontólogo de Cuidados Primarios éstos se harán cargo de su Programa de Salud Vital. En caso de necesitar servicios especiales o de hospitalización, lo referirán a un especialista u hospital autorizado para su tratamiento. Solamente se cubren aquellos servicios prescritos por su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios.

   Si no eligió a su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios, General de Salud le asignará uno al momento de ingresar, no obstante que en cualquier momento podrá cambiarlo por el de su elección.

2. **TARJETA DE IDENTIFICACIÓN**
   Usted y sus dependientes serán identificados mediante una TARJETA, la cual deberán llevar siempre consigo en caso de una urgencia médica y deberán mostrarla al solicitar cualquier servicio previsto por el Programa, en sus visitas al médico, hospital, farmacia o servicio auxiliar de diagnóstico.

   Esta Tarjeta incluye: su nombre, Plan de Salud contratado, así como los servicios y copagos correspondientes que lo cubren, y el número de nuestra línea de Atención a Asegurados “INFOSALUD”

(Información del Programa de Salud Vital). 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

Las primeras citas con su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios y las subsecuentes las solicitará Usted mismo directamente con su médico.

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

4. FUNCIONES DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS

El Médico de Cuidados Primarios será el responsable de su atención médica, incluyendo la solicitud de autorizaciones o referencias a Especialistas, Hospitales y demás servicios tales como: laboratorio, rayos X, etc.

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

- Exámenes de la vista y auditivos
- Servicios Médicos que no requieran hospitalización.
- Autorización de servicios d ambulancia
- Autorización de servicio de urgencia.

Referencias a:

- Consultas con Médicos Especialistas.
- Laboratorios de diagnóstico.
- Radiografías de diagnóstico.
- Servicios de Hospitalización.

5. FUNCIONES DEL ODONTÓLOGO DE CUIDADOS PRIMARIOS

El Odontólogo de Cuidados Primarios es el responsable de

mantener la salud de su boca. La razón por la que pueden llegar a perder sus piezas dentales es debido a la caries dental y enfermedad parodental, 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 ésta se lleva a cabo, es que se inician los cuadros patológicos antes mencionados. Su Programa reconoce la importancia de mantener sana su cavidad bucal, por lo que fomenta el que Usted desarrolle el hábito de visitar a su Odontólogo de Cuidados Primarios.

En caso de que Usted necesite acudir a un Odontólogo Especialista, su programa le ofrece recibir estos servicios a costos preferenciales, siendo su Odontólogo de Cuidados Primarios quien lo refiera.

6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

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 éstos y recibir los servicios, liquidando únicamente el copago correspondiente (consultar carátula de Póliza o bien al reverso de su credencial de identificación).

La Orden de Servicio para un Auxiliar de Diagnóstico tiene una vigencia de cinco días hábiles después de la fecha de su expedición.

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 deberán presentar los Asegurados, para la adecuada realización de los mismos.

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

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, 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 Orden de Referencia que su médico le proporcionó.
a. Presente su Tarjeta de Identificación como Asegurado de General de Salud acompañada de alguna otra identificación oficial con fotografía.
b. Solicite en la recepción que se le asigne un cuarto privado estándar o su equivalente.
c. Proporcione los datos que le sean requeridos.
d. 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 liquidaren 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 Programa de Salud, solicitándonos posteriormente su Reembolso.**

Cabe señalar que si su Póliza no está vigente y se encuentra en Periodo al Descubierto, 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 de 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.

En el caso de que usted o alguno de sus dependientes se atienda en un hospital perteneciente a un Círculo Hospitalario mayor al contratado su copago se incrementará en 20 puntos porcentuales por cada nivel hospitalario que ascienda.

La cobertura de su plan ampara las hospitalizaciones dentro de su Zona de contratación, si Usted decide atenderse en un Hospital de una Zona mayor se penalizará con un incremento del copago de acuerdo con la tabla que viene especificada en su carátula de póliza, esta penalización es independiente a la penalización por cambio de círculo hospitalario, en su caso procederán ambas penalizaciones.

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. ATENCIÓN A ASEGURADOS: INFORMACIÓN DEL PROGRAMA "INFOSALUD"

En "INFOSALUD" estamos a sus órdenes para aclarar cualquier duda y asistirlo en lo que necesite. Esto ayudará a evitar malentendidos e interpretaciones erróneas. Por favor no dude en llamarnos si se presenta algún problema o queja, nuestro personal de Atención a Asegurados está familiarizado con las políticas y procedimientos para resolver rápidamente su situación ya sea administrativa o médica.

Los servicios que "INFOSALUD" (Información del Programa de Salud Vital) le proporciona son:

a. ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA, LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En "INFOSALUD" le atenderá personal médico especializado en caso de tener alguna duda sobre su tratamiento médico.

Si se presenta alguna situación urgente le orientaremos acerca del procedimiento más adecuado a seguir, ya sea indicándole cómo resolver su problema o el lugar a donde deba acudir, este servicio está disponible las 24 horas los 365 días del año.

e. SELECCIÓN, VERIFICACIÓN O CAMBIO DE MÉDICOS DE CUIDADOS PRIMARIOS

Para seleccionar, verificar o cambiar a su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios, con gusto le ayudaremos indicándole, por ejemplo, el consultorio que esté ubicado más

cerca de Usted y su familia, o si desea cambiar de médico, el Departamento de Atención a Asegurados le proporcionará una lista de los Médicos Participantes que están en la mejor disposición de atenderle. Para tal efecto será necesario informar a través de “INFOSALUD”, la(s) causa(s) de su cambio para poder llevar un Control de la Calidad en el Servicio de médicos. Dicha información será confidencial.

f. SISTEMA DE PROGRAMACIÓN DE CITAS
Las primeras citas con su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios y las subsecuentes las solicitará Usted mismo directamente con su médico.

g. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA
Si tiene alguna duda acerca de los servicios que cubre su Programa de Salud Vital, el personal de Atención a Asegurados cuenta con las Coberturas de su Programa, sus costos y copagos, así como la lista de Proveedores Participantes (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, rayos-X, etc.).

h. ENCUESTAS DE SERVICIO A CLIENTES
Periódicamente nos pondremos en contacto con Usted a través de distintos medios, incluyendo esta línea telefónica para solicitar su opinión acerca de los servicios recibidos de su Programa, sólo tendrá que contestar algunas preguntas. Nuestra finalidad al aplicar estas encuestas es conocer oportunamente nuestro desempeño, por el bien de nuestros Asegurados.

i. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
Agradeceremos nos haga saber sus comentarios o quejas a tiempo para poder controlar la calidad en los servicios y tomar medidas correctivas de manera ágil y oportuna. General de Salud le ofrece formatos de “Comentarios o Sugerencias”, ¡Solicítelos! Atenderemos cualquier comentario o sugerencia tanto del área médica como administrativa de manera inmediata o a más tardar en los siguientes tres días hábiles.

Los servicios indicados en los incisos B, C, D, E y F están a su disposición de lunes a viernes en horario de 7:45 a 15:15 hrs.

¡Queremos que Usted se encuentre satisfecho con el servicio que recibe, por favor no dude en contactarnos si tiene alguna duda, problema o sugerencia, la Línea Telefónica de Atención a Asegurados (INFOSALUD), está para servirle!

9. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

General de Salud se compromete a cumplir con su Programa de Salud Vital 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, así mismo 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 Programa de cuidado de la salud, cualquier exclusión o limitación asociada con éste y sobre cualquier cargo por el cual sea Usted responsable.
- El Asegurado tiene el derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienen.
- El Asegurado tiene derecho a 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.
- El Asegurado tiene derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en las condiciones generales.
- Seleccionar a su médico tratante y hospital, así mismo 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.
- Obtener una lista de los Proveedores Participantes.
- Expresar o reclamar acerca del cuidado y/o calidad de su Programa de Salud Vital que, General de Salud implemente y, a recibir respuestas de manera oportuna.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Comprender completamente la información otorgada por su Programa con respecto a los beneficios otorgados.
- Conocer el uso correcto de los Servicios y Beneficios de su Programa.
- Presentar previamente su Tarjeta de Identificación 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, 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 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.
- Realizar en forma oportuna el pago de su prima de seguro.
- Realizar los copagos que correspondan, al momento de recibir el servicio.

10. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Es importante resaltar el esfuerzo invertido para que todos los servicios brindados por el Programa 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.

11. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

Usted podrá consultar la red de proveedores participantes actualizada en nuestra página web www.generaldesalud.mx, ya que ésta 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 Programa 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 Programa y que forman parte integral del contrato de seguros:

1. Prevención de la Salud.
   (Es mejor hacer medicina preventiva que curativa)
2. Mantenimiento de la Salud.
3. Ayuda de Maternidad.
4. Servicios Odontológicos.
5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico.
6. Hospitalización.

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 y/o quirúrgico de: Amígdalas y/o Adenoides; Padecimientos Anorrectales; Cirugía funcional de nariz y/o senos paranasales en caso de enfermedad, previa valoración y autorización de General de Salud; Circuncisión; Litiasis Reno Ureteral y padecimientos de Vías Urinarias; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos del Piso Perineal, Trastornos del aparato reproductor femenino, Trastornos del aparato reproductor masculino; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias (Benignas y/o malignas); Várices; Padecimientos de Rodilla.

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 5° año de vigencia continua e ininterrumpida, siempre y cuando el virus no haya sido detectado antes o durante este periodo.

No se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios diagnósticos para la detección de este padecimiento.

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

El Programa no cubre los siguientes:

1. **Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**
2. **Exámenes para extensión de certificados de salud.**
3. **Vacunas específicas para el tratamiento de alergias.**
4. **Vacunas y su aplicación, excepto las amparadas en la Cobertura "Inmunizaciones Básicas", siempre y cuando se encuentre contratada dicha cobertura y se mencione en la carátula de la póliza.**
5. **Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, 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.**
6. **Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares, químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales, epidemias o pestes.**
7. **Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**

8. **Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**
9. **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.**
10. **Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
11. **Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza.**
12. **Gastos erogados por concepto de Recién Nacido Sano.**
13. **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.**
14. **Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a**
15. **consecuencia de alcoholismo o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.**
16. **Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.**

17. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
18. **La adquisición de prótesis no funcionales.**
19. **Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualquiera 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.**
20. **Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y trasplantes cornéales).**
21. **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 8 “Coberturas Básicas”.**
22. **Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.**
23. **Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**
24. **Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa.**

25. **Apoyos Diagnósticos, Tratamientos Médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.**
26. **Diagnóstico y tratamiento para el VIH Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con período de espera de cinco años.**
27. **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.**
28. **Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.**
29. **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.**
30. **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.**
31. **Lesiones sufridas por el Asegurado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
32. **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.**

33. **Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Estudios Diagnósticos y Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, Hormona del Crecimiento, Complejos Vitamínicos, Complementos Alimenticios, 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.**
34. **Pruebas de compatibilidad.**
35. **En caso de trasplantes de órganos, gastos erogados en el estudio de los posibles donadores así como las complicaciones y secuelas del donante.**
36. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio que no tengan relación con el motivo del internamiento.**
37. **Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol.**
38. **Ambulancia Aérea. Salvo lo contemplado en la cobertura de "Asistencia Internacional en Viaje".**
39. **Material de curación para pacientes fuera de hospital.**
40. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodentales, 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.

41. Implantes dentales de cualquier tipo.

42. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético por padecimientos o alteraciones de la articulación temporomandibular.

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

2. BENEFICIOS ADICIONALES

Nombramos Beneficios Adicionales a aquellos valores agregados que General de Salud brinda a sus Asegurados, sin costo alguno, ejemplo de ellos son:

A. LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A ASEGURADOS, denominada "INFOSALUD" Los servicios que el Módulo Telefónico "INFOSALUD" (Información del Programa de Salud Vital) proporciona son:

I. Orientación Médica y administrativa de Urgencia, las 24 horas los 365 días del año.
II. Selección, verificación o cambio de Médicos de Cuidados Primarios en horas y días hábiles.
III. Información administrativa.
IV. Encuestas de servicio a clientes.
V. Comentarios y sugerencias.

B. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Beneficio mediante el cual se puede requerir la opinión de otro profesional de la medicina, la cual puede ser solicitada por el Asegurado o por General de Salud, en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

C. LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS

General de Salud proporciona a sus Asegurados la libertad de elegir entre su cuadro de Médicos de Cuidados Primarios, el que mejor se acomode a sus necesidades y preferencias.

D. RECONOCIMIENTO DE LA ANTIGÜEDAD EN OTROS PROGRAMAS O COBERTURAS DE SALUD SIMILARES

Este Beneficio reconoce la antigüedad, a los Asegurados que hayan estado cubiertos por una Póliza de Gastos Médicos o un programa de salud similar o afín al de General de Salud por un período continuo e ininterrumpido mayor a un año, siempre y cuando éste no haya permanecido sin cobertura más de treinta días naturales desde el último término de vigencia, todo esto con el fin único de eliminar los periodos de espera especificados en **"GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES" y "GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DOS AÑOS"** de las Condiciones Generales.

Este beneficio no aplica para el periodo de espera indicado para la Ayuda de Maternidad ni del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), tampoco implica la aceptación de los padecimientos preexistentes.

3. COBERTURAS ADICIONALES

Estas coberturas están a disposición de nuestros Asegurados, para aumentar sus beneficios con costo extra:

1. **ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE** (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza) Esta cobertura otorga beneficios de asistencia en caso de Accidente o repentina Enfermedad de los Asegurados de General de Salud mediante servicios que brindará a través de una tercera empresa.

   Los servicios que a continuación se mencionan, serán válidos en todo el mundo, siempre y cuando el Asegurado o

sus beneficiarios se encuentren viajando a ciento cincuenta kilómetros o más de su residencia legal o en otro país que no sea el de su residencia durante menos de noventa días. Todos los servicios deberán ser concertados por el Proveedor de Asistencia Internacional en Viaje (en adelante "EL PROVEEDOR") que General de Salud designe para tal fin, No se aceptarán reclamos por reembolsos.

I. *BENEFICIOS DE ASISTENCIA*

a. Consulta, Evaluación y Referencia Médica: Los Beneficiarios tendrán acceso a un Centro de Operaciones con personal médico multilingüe las veinticuatro horas todos los días del año. El personal médico estará disponible para consultas, evaluación y referencia a médicos entrenados bajo el esquema de preparación y educación impartido en los Estados Unidos de Norteamérica.

b. Garantía de Admisión a un Hospital: "EL PROVEEDOR" verificará la elegibilidad del asegurado así como las coberturas contratadas o pagará fondos por adelantado al centro médico para facilitar el ingreso del Beneficiario a un centro médico extranjero, según sea necesario.
El Beneficiario deberá reembolsar cualquier depósito para ingreso de emergencia al hospital que haya hecho "EL PROVEEDOR" dentro de los cuarenta y cinco días naturales siguientes al desembolso. Los Beneficiarios, a través de su plan médico o por otros medios, son responsables de pagar los costos incurridos por tratamiento médico suministrado por el centro médico.

c. Evacuación Médica: Cuando no exista un centro médico apropiado cerca de la localidad donde se encuentra el Beneficiario, según lo determine el médico de "EL PROVEEDOR" y el médico que atiende el caso, "EL PROVEEDOR" concertará una evacuación bajo supervisión médica, por un medio de transporte apropiado, hasta el centro médico más cercano capaz de proporcionar la atención médica requerida.

d. **Repatriación Médica:** Cuando sea necesario por razones médicas según lo determine el médico de “EL PROVEEDOR” y el médico que atiende el caso, la repatriación bajo supervisión médica apropiada hasta la residencia legal del Beneficiario en el momento que el Beneficiario sea médicamente declarado como apto para viajar en transporte comercial, siempre que la repatriación pueda llevarse a cabo sin poner en peligro la condición del Beneficiario. Si el período de tiempo necesario para obtener dicha declaración excede los catorce días naturales contados a partir de ser dado de alta del hospital, se puede concertar un método de transporte apropiado, tal como una ambulancia aérea o terrestre. Se pueden proporcionar acompañantes médicos o no, según sea necesario. Siempre que el método de transporte de vuelta a la casa del Beneficiario no pueda usarse debido al incidente médico, “EL PROVEEDOR” repatriará al Asegurado o Beneficiario.

e. **Vigilancia de Atención Crítica:** Vigilancia de la condición del Beneficiario Elegible por parte de personal médico, quién: se mantendrá en comunicación frecuente con el médico que atiende el caso o el hospital y transmitirá la información necesaria y legalmente permisible a los miembros de su familia.

f. **Transporte para Reunirse con el Beneficiario Elegible:** Proveer a un miembro designado de la familia o amigo personal un boleto de clase económica, de ida y vuelta, en un transporte común hasta el aeropuerto o terminal terrestre principal más cercano al lugar de la hospitalización, siempre que el Beneficiario esté viajando solo y se proyecte que esté hospitalizado durante más de siete días naturales consecutivos. Es la responsabilidad del familiar o amigo de cumplir con los requisitos de pasaporte, visa y documentos necesarios.

g. **Transferencia o Reemplazo de Recetas para Medicamentos:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la transferencia o reemplazo de medicinas bajo receta, cuando sea posible y permisible bajo la ley, y tras recibir la autorización del médico que atiende el caso del

Beneficiario. El Beneficiario es responsable de pagar el costo de la medicina.

h. **Cuidado y Transporte de Menores de Edad:** Cuando un menor de edad quede desatendido como resultado de la situación médica del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” proporcionará transporte para el menor de edad hasta su lugar de residencia o a la residencia de la persona designada por el Beneficiario y que viva en el mismo país que el Beneficiario y el menor de edad. Si es necesario, un acompañante viajará con el menor de edad.

i. **Transmisión de Mensaje de Emergencia:** “EL PROVEEDOR” recibirá y transmitirá mensajes de emergencia del/al domicilio del Afiliado.

j. **Traslado de Restos Mortales:** En el caso de fallecimiento del Beneficiario, “EL PROVEEDOR” efectuará los arreglos y pagará el costo del traslado de los restos mortales. “EL PROVEEDOR” brindará toda la ayuda necesaria para el transporte, inclusive localizar a una funeraria licenciada, morgue o centro de disposición directa para la preparación del cadáver para su transporte, tramitación de toda la documentación, tramitación de todos los requisitos legales, tramitación de servicios consulares (para fallecimientos en el extranjero), tramitación del certificado de defunción, compra del mínimo ataúd o contenedor necesario para transporte aéreo y pago de los costos de transporte de los restos, inclusive el transporte desde el lugar del fallecimiento y entrega a la funeraria que lo reciba.

k. **Orientación Psicopedagógica de Emergencia:** “EL PROVEEDOR” proporcionará de inmediato orientación psicopedagógica de emergencia por teléfono, con referencia a consejeros calificados para tratamiento posterior, ya sea en el lugar del incidente o después de su regreso a casa.

l. **Referencia a Intérpretes y Consejeros Legales:** “EL PROVEEDOR” le proporcionará al Beneficiario referencias de intérpretes, consejeros o personal legal, según se solicite.

m. **Coordinación de Fianza:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de fianza, siempre que sea permisible legalmente, siempre que el Beneficiario sea la fuente de los fondos. La coordinación de los fondos correspondientes puede incluir interacción con el Beneficiario, el familiar (si el Beneficiario lo requiere) y las autoridades locales.
n. **Coordinación de Efectivo por Emergencia:** “EL PROVEEDOR” asistirá en la coordinación de un adelanto en efectivo por emergencia. La fuente de los fondos es responsabilidad del Beneficiario.
o. **Servicios de Asistencia en General y Antes del Viaje:** “EL PROVEEDOR” proporcionará otros servicios de asistencia, según se soliciten, tal como ayuda con documentos perdidos, reemplazo de boletos y equipaje perdido. “EL PROVEEDOR” también proporcionará, información relacionada con el viaje, tal como direcciones y números de teléfono de embajadas y consulados, cambio de moneda, inoculaciones y requisitos de visas, al igual que códigos de teléfono para acceso desde países extranjeros y otra información pertinente.
p. **Materiales de Comunicación e Identificación:** “EL PROVEEDOR” proporcionará Tarjetas de Identificación para los Beneficiarios con los números de teléfono necesarios para comunicarse con el Centro de Operaciones.

General de Salud y el Asegurado o Beneficiario por la presente reconocen que la obligación de “EL PROVEEDOR”, de suministrar o contratar para el suministro de los servicios mencionados, está sujeta a las siguientes condiciones y exclusiones:
Exclusiones:

“EL PROVEEDOR” no proveerá servicios en los siguientes casos:

1. **Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico.**

2. **Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones.**
3. **Si se comete un acto ilegal, cuando el asegurado sea el provocador.**
4. **Intento de suicidio.**
5. **Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que éstas sean recetadas por un médico.**
6. **Transferencia del Beneficiario de un centro médico a otro con habilidades similares y que proporcione el mismo tipo de asistencia médica.**

"EL PROVEEDOR" no evacuará ni repatriará a un Asegurado o Beneficiario:

1. **Sin autorización médica.**
2. **Con lesiones leves, tal como esguinces, fracturas simples, o enfermedades leves que pueden ser tratadas por médicos locales y que no impiden que el Beneficiario continúe su viaje o regrese a su casa.**
3. **Con un embarazo de más de seis meses.**
4. **Con trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado.**
5. **En viajes cuya duración sea mayor a noventa días, no estarán cubiertos aquellos servicios solicitados después de los primeros noventa días de iniciado el viaje.**
6. **Estudiantes en la dirección de su casa o de la escuela (ya que no se consideran estar viajando).**

Aunque los servicios de asistencia están disponibles en todo el mundo, el tiempo de respuesta de transporte está relacionado

directamente con la ubicación o jurisdicción en que ocurra el evento. “EL PROVEEDOR” no es responsable en caso de no poder proporcionar servicios o de demoras en los servicios ocasionados por huelgas o condiciones fuera de su control, incluyendo como ejemplo, pero sin limitarse a, condiciones del tiempo, disponibilidad de aeropuertos, condiciones de vuelo, disponibilidad de cámaras hiperbáricas, sistemas de comunicaciones, o cuando la prestación del servicio está limitado o prohibido por las leyes o edictos locales.

Todos los médicos de consulta y abogados son contratistas independientes y no están bajo el control de “EL PROVEEDOR”. “EL PROVEEDOR” no es responsable por ninguna negligencia profesional que puedan cometer los profesionales que prestan servicios al Beneficiario.

Para los casos de Pólizas colectivas, la Empresa es responsable de emitir Tarjetas de Identificación (según se ha indicado anteriormente) a los Beneficiarios. Si la empresa no mantiene en vigor la Póliza de seguro mencionada anteriormente, eso invalidará el programa descrito para los Beneficiarios, y “EL PROVEEDOR” no tendrá responsabilidad alguna de prestar los servicios al Beneficiario.

“EL PROVEEDOR” no está Asegurado con General de Salud y General de Salud no será responsable por ningún acto u omisión por parte de “EL PROVEEDOR” en relación, o que pueda surgir, debido a la prestación de los servicios descritos.

2. **EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza)** 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.

a. *COBERTURAS Y BENEFICIOS*

1. **BENEFICIO MÁXIMO:** El Beneficio Máximo de esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta mil dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica. El deducible para esta cobertura será el equivalente en Moneda Nacional de cincuenta dólares moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

   El Beneficio Máximo que corresponde a esta cobertura es independiente del contratado en cualquier otra y será el que rija durante la vigencia del certificado correspondiente.

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 con las condiciones de su Programa de Salud Vital.

   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 Afiliado.**

3. COBERTURA DE INMUNIZACIONES BÁSICA (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza)

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, General de Salud cubrirá:

- Las siguientes Inmunizaciones básicas para menores de cinco años: Polio, DPT (Difteria, Tosferina yTétanos), Sarampión y BCG (Tuberculosis), SRP (Triple Viral: Sarampión, Rubeola y parotiditis), Hexavalente (DPT,

Polio, Hepatitis B, y HIB), Neumococo e Influenza.
- Inmunizaciones para colectividades de riesgo: SR (Sarampión y Rubeola), Td (Toxoide tetánico y diftérico).
- El beneficio máximo para esta cobertura se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

4. COBERTURA DE ESTUDIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza)

- Mediante la obligación del pago de esta cobertura, se cubrirán los siguientes estudios para los adultos mayores a 50 años:
- Examen de osteoporosis
- Electrocardiograma en reposo
- Radiografía de toraxpostero anterior
- Creatinina sérica.
- El beneficio máximo y el copago para esta cobertura se encuentra especificado en la carátula de la póliza.

5. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE PENALIZACIÓN POR CAMBIO DE ZONA (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la Póliza)

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, el Asegurado podrá utilizar los hospitales correspondientes a su plan contratado en todo el Territorio Nacional, sin aplicar el copago adicional señalado en el apartado 14.2 Penalizaciones de las Condiciones Generales, en lo concerniente al cambio de zona contratada.

CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS

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

1. COPAGOS

Los copagos son determinados por el Plan que el Contratante

haya seleccionado, este aplica a todos los Asegurados y sus dependientes. Una lista detallada de los servicios que requieren copago la encontrará en la Carátula de la Póliza.

En caso de hospitalización, si ésta se derivó de un servicio de urgencias, no se cargará el copago correspondiente a la Sala de Urgencias, sólo el correspondiente al de hospitalización.

En caso de requerirlo, favor de solicitar el comprobante del copago efectuado al Proveedor Participante.

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

2. URGENCIAS

Al presentarse una situación de urgencia al Asegurado, éste 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

A. 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 Programa 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 con el Programa de Salud Vital.

B. Sistema de Pago por Reembolso.

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

Es obligación del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a General de Salud en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de reembolso.

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 o causas no atribuibles al Asegurado, 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 compensaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo con el tabulador de procedimientos médicos y/o quirúrgicos vigentes de General de Salud 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 se reembolsarán hasta el agotamiento del Beneficio Máximo contratado.

General de Salud sólo pagará los honorarios de Médicos y Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

Todos los reembolsos cubiertos por el Programa de Salud Vital serán liquidados a cada Asegurado o 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 o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a General de Salud.

C. Procedimiento para el trámite de reclamaciones al utilizar Proveedores No Participantes.

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 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, copia certificada o autentificada de las constancias integradas ante el Ministerio Público en caso de accidente o complicación legal.

Los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran. No se podrán aceptar recibos con firmas de otras personas, ni copias fotostáticas, facsímiles o documentos no originales. Tales documentos quedarán en poder de General de Salud una vez pagada la compensación correspondiente.

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 General de Salud, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de General de Salud 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, General de Salud 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 General de Salud a través de sus redes de proveedores.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con médicos de la Red de Proveedores de Servicios, General de Salud 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.

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.

D. Reclamación por ayuda en maternidad. De acuerdo con la suma asegurada contratada para esta cobertura en particular.

En caso de siniestro, el asegurado 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 diez meses 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, en caso de que la póliza sea

contratada de manera individual el periodo de espera será de trece meses.

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, según listado que se anexa al final de este documento.
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:

4. 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.
5. 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 del Seguro, Usted como asegurado y todos los

integrantes de la póliza deberán 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 Usted como asegurado o alguno de los integrantes de la póliza omitieran el aviso o si provocan una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud en lo sucesivo. Si Usted 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 Usted como asegurado, o alguno de los integrantes de la póliza, no cumpla con las campañas de medicina preventiva o hagan caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se les proporcionen, General de Salud podrá considerar que Usted o alguno de los integrantes de la póliza incurren en una agravación de riesgo, por lo que General de Salud se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro quedando liberada de toda responsabilidad contractual presente o futura.

Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo”.

Asimismo, si Usted o alguno de los integrantes de la póliza realizan un cambio de ocupación distinta a la declarada, a una más peligrosa, deberán dar aviso por escrito a General de Salud, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se exponen por dicha ocupación. General de Salud al aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los gastos médicos que se originen derivados de dicho riesgo.

6. LISTADO DE ENCARGADOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE GENERAL DE SALUD

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud a los teléfonos 555278.8883, 555278.8806 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Alcaldía Benito Juárez Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionaclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.mx

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de Atención Telefónica 555340 0999 y 800 99 98080, y/o al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del 25 de agosto de 2023 con el número CNSF-H0707-0011-2021/CONDUSEF-004783-05.

Notas

Notas

Notas

E-01-VS-v1

INFOSALUD

ATENCIÓN A CLIENTES

800.72.SALUD

72583

Oficina Matriz

Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX
Tel. 55.5270.8000

Buzón electrónico

atencionaclientes@gsalud.com.mx

E-01-VS-v1

GENERAL DE SEGUROS
AHORA ES TODO

GENERAL DE SEGUROS SALUD