

BENEFICIO QUE OTORGA LA EMPRESA AL PERSONAL DE CONFIANZA, ANTE EVENTUALIDADES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES QUE SE REALICEN EN FORMA PARTICULAR POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

PARA AFRONTAR ESTAS EVENTUALIDADES, LOS EMPLEADOS Y BENEFICIARIOS DE ESTE SERVICIO TIENEN PLENA LIBERTAD PARA ELEGIR MÉDICOS, SANATORIOS, CLÍNICAS U HOSPITALES EN SU ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO Y A TRAVÉS DE ESTE BENEFICIO SE REEMBOLSARÁ HASTA EL 100% DEL TOTAL DE SUS GASTOS, CUANDO HAYAN SIDO ORIGINADOS POR ACCIDENTE; CUANDO SE TRATE DE ENFERMEDADES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, SE PODRÁ OBTENER HASTA EL 85% APROXIMADAMENTE DEL TOTAL DE GASTOS REALIZADOS, DEBIENDO SER ESTE GASTO DE 85 SMD*, COMO MÍNIMO A PRESENTAR.

ESTE BENEFICIO SE OTORGA A TRAVÉS DE UN ADMINISTRADOR DE RIESGOS, EL CUAL DEFINE Y CONDICIONA LAS BASES DE COBERTURA.

LAS CONDICIONES DE PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES SON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN:

A. EL PERSONAL PERMANENTE ES AUTOMÁTICAMENTE INSCRITO EN EL PLAN BÁSICO CON 2000 * SMDDF COMO SUMA ASEGURADA.

B. MEDIANTE SOLICITUD EXPRESA, EL EMPLEADO PUEDE HACER EXTENSIVO ESTE BENEFICIO A SU CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS SOLTEROS, EXCLUSIVAMENTE. PARA INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS DISPONDRÁ DE 30 DÍAS NATURALES. LA INTEGRACIÓN DE LOS FAMILIARES DESCENDIENTES IMPLICARÁ AL EMPLEADO UNA CUOTA CONTRIBUTORIA ANUAL POR CADA PARTICIPANTE Y SERÁ DESCONTADA DEL VOLANTE DEL FONDO DE AHORRO, ESTE PENDIENTE DE ESTE DESCUENTO QUE LES DAREMOS A CONOCER MEDIANTE CIRCULAR EN AGOSTO DE CADA AÑO.

C. LOS DEPENDIENTES QUE CUMPLAN 25 AÑOS EN EL TRANCURSO DEL PROGRAMA QUEDARAN INSCRITOS HASTA EL TERMINO DE LA VIGENCIA CORRESPONDIENTE, O QUE SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE QUE HAYA RECLAMADO ALGÚN PADECIMIENTO, LO QUE OCURRA PRIMERO, DESPUÉS DE ESTO NINGÚN PADECIMIENTO QUEDARA CUBIERTO.

D. SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS DE ESTE BENEFICIO EL MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE SUS DEPENDIENTES POR CAMBIO DE ESTADO CIVIL O POR NACIMIENTO, DISPONIENDO DE 30 DÍAS NATURALES PARA ELLO.

E. SE REEMBOLSARA HASTA EL LIMITE DE LA SUMA ASEGURADA, 2000 SMD* POR EVENTO, PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN BÁSICO Y 8000 SMD* PARA LOS INSCRITOS EN EL PLAN OPCIONAL

F. LAS OPERACIONES CESÁREAS (EMPLEADA O CÓNYUGE DEL EMPLEADO), SIEMPRE Y CUANDO LA AFECTADA TENGA MÁS DE 12 MESES DE ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA Y CUANDO SEA EFECTUADA POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA, INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE; SE CUBRE COMO ENFERMEDAD, APLICANDO EL DEDUCIBLE Y COASEGURO DEL PLAN DE REEMBOLSO. SE CUBRIRÁN HASTA UN MÁXIMO DE 300 SMD* EN EL PLAN BÁSICO Y 600 SMD* EN PLAN OPCIONAL, PARA ESTE EFECTO SOLO SE CONSIDERAN COMO GASTOS SUJETOS A REEMBOLSO LOS QUE REALICEN A PARTIR DEL MOMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEFINITIVA PARA LA CIRUGÍA.

G. EN CASO DE ACCIDENTES DEL EMPLEADO O SUS BENEFICIARIOS, SE REEMBOLSARA EL 100% DEL TOTAL DE LOS GASTOS PRESENTADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE COMPRUEBE QUE EXISTIÓ UN TRATAMIENTO MEDICO DENTRO DE UN LAPSO DE 90 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE. EL CUAL SERÁ EVALUADO POR EL ADMINISTRADOR.

H. CUANDO SE TRATE DE REEMBOLSO POR ENFERMEDAD O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DEL TOTAL DE GASTOS CUBIERTOS SE DESCANTARÁN 30 SMD* POR DEDUCIBLE Y DE LA DIFERENCIA EL 10% DE COASEGURO.

I. EN LOS CASOS DE CIRUGÍA DE NARIZ EL COASEGURO SERÁ DE 40%. ESTE COASEGURO SE DESCANTARÁ PARA CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA FUNCIONAL QUE SE REALICE EN LA NARIZ, INDEPENDIENTEMENTE DEL SEGMENTO QUE SE TRATE, ASÍ COMO TAMBIÉN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE IMPLIQUE MANIOBRAS DENTRO DE LA CAVIDAD NASAL. ANEXAR A LA SOLICITUD RADIOGRAFÍAS PRE-OPERATORIAS, (SOLO APLICARÁ SI ANEXA A LA SOLICITUD LAS RADIOGRAFÍAS PRE-OPERATORIAS DE LA NARIZ CON INTERPRETACIÓN).

J. PARA RECLAMAR NUEVAMENTE PADECIMIENTOS PREVIAMENTE PAGADOS EN EL PROGRAMA DE REEMBOLSO, EN LOS CUALES SE HAYA AGOTADO LA SUMA ASEGURADA O YA NO SE PRESENTEN GASTOS POR ESE PADECIMIENTO, SE DEBERÁ ESPERAR UN PERÍODO DE DOS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FACTURA MÁS RECIENTE INCLUIDA EN EL ÚLTIMO REEMBOLSO DE ESE PADECIMIENTO. PASADO ESE TIEMPO EL PADECIMIENTO SERÁ CONSIDERADO COMO INICIAL, POR LO QUE SE ASIGNARÁ UNA NUEVA SUMA ASEGURADA Y SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO CORRESPONDIENTE.

K. SERÁ NECESARIO PRESENTAR EL INFORME MÉDICO ACTUALIZADO CUANDO SE REQUIERA.

L. PARA EFECTOS DE LA PÓLIZA DE EXCESO LOS PADECIMIENTOS INICIADOS ANTES DE LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA NO SERÁN CUBIERTOS YA QUE ESTA NO CUBRE PREEXISTENCIA.

M. PARA RECLAMACIONES QUE AFECTEN LA PÓLIZA DE EXCESOS LA SUMA ASEGURADA NO SE RENUEVA, ESTA PÓLIZA FUNCIONA DIFERENTE AL PLAN DE REEMBOLSO.

N. LAS FACTURAS QUE DEBEN DE PRESENTARSE EN LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 365 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA MISMA. PASADO ESTE PERÍODO LAS FACTURAS NO TENDRÁN NINGUNA VALIDEZ PARA EL PLAN.

* SALARIO MÍNIMO DIARIO VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL. PARA MAYOR INFORMACIÓN, FAVOR DE DIRIGIRSE A:

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES
TELS: 5328 8707 y 5222 -5370

ACEPTO Y CONOZCO LAS CONDICIONES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, QUE SE CONTIENEN EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

NOMBRE: _____ **NO. DE EXPEDIENTE:** _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____