

**LAS PRINCIPALES LIMITACIONES SON LOS GASTOS MEDICOS POR LOS CUALES EL PLAN NO REEMBOLSARA NINGUNA CANTIDAD.**

- 1. ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIENDOSE COMO TALES, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACION DE LA COBERTURA PARA CADA AFECTADO, FUERON DIAGNOSTICADAS POR UN MEDICO O APARENTES A LA VISTA O DE LAS QUE POR SUS SINTOMAS O SIGNOS, NO PUDIERON PASAR DESAPERCIBIDAS.**
- 2. PADECIMIENTOS CONGENITOS DEL EMPLEADO Y SU CONYUGE. (UNICAMENTE LOS HIJOS NACIDOS EN LA VIGENCIA DEL PROGRAMA Y QUE SE HAYAN INSCRITO ANTES DE QUE TRANSCURRAN 30 DIAS DE NACIDOS).**
- 3. TRASTORNOS MENTALES, NERVIOSOS, ESTADOS DE DEPRESION, PADECIMIENTOS PSIQUICOS Y PSICOLOGICOS, TALES COMO: TRASTORNOS DE ENAJENACION MENTAL, SOMATOMORFOS, DE ANSIEDAD, DISOCIATIVOS, DEL ESTADO DE ANIMO, DE LA PERSONALIDAD, PSICOSEXUALES, DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, ALTERACIONES DEL SUEÑO, ESQUIZOFRENIAS, DROGODEPENDENCIAS, DEFICIT DE ATENCION, POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 4. AFECCIONES PROPIAS DEL EMBARAZO, PARTO NATURAL, ABORTOS, LEGRADOS, CUALESQUIERA QUE SEA SU ORIGEN ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 5. EN CIRUGIA DE CESAREA, LOS GASTOS RELACIONADOS CON EL RECIEN NACIDO, HONORARIOS DEL SEGUNDO AYUDANTE E INSTRUMENTISTA QUIRURGICO.**
- 6. UNICAMENTE SE CUBRIRAN LAS CIRUGIAS DE CESAREA PARA LAS CONYUGES Y TITULARES QUE TENGAN MAS DE 12 MESES DE ANTIGÜEDAD DE INSCRITAS EN EL PROGRAMA.**
- 7. EN RECLAMACIONES DE CIRUGIAS POR CESAREAS QUE NO PRESENTEN EL DESGLOSE DETALLADO DE LOS CONCEPTOS QUE AMPARA LA FACTURA DEL HOSPITAL, SE DESCONTARA EL 15% DEL TOTAL DE LA MISMA, POR LOS GASTOS DEL RECIEN NACIDO. PARA LOS DEMAS PADECIMIENTOS SERA NECESARIO PARA EL PAGO DE LAS FACTURAS DE HOSPITAL PRESENTAR LOS DESGLOSES CORRESPONDIENTES, EN CASO CONTRARIO ESTAS NO SERAN CONSIDERADAS EN LOS REEMBOLSOS.**
- 8. PADECIMIENTOS QUE RESULTEN DEL ALCOHOLISMO O TOXICOMANIAS POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 9. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES DE CARACTER ESTETICO Y SUS COMPLICACIONES, COMO PLASTIA DE RECTOS ABDOMINALES, DISMINUCION Y REDUCCION DE MAMAS, CIRUGIAS DE NARIZ NO FUNCIONAL, ETC. POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 10. TRATAMIENTOS DE CALVICIE O ALOPECIA, OBESIDAD, REDUCCION DE PESO CONTROL DE EMBARAZO Y ESTERILIDAD, POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 11. ANTEOJOS, LENTES, LENTES INTRAOCULARES Y APARATOS AUDITIVOS, ASI COMO HONORARIOS PARA REALIZAR CALCULOS Y AJUSTES DE ESTOS.**
- 12. CIRUGIAS REFRACTIVAS (CORRECCION DE ASTIGMATISMO, PRESBIOPIA, HIPERMETROPIA O MIOPIA), POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 13. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES PARA EL CONTROL NATAL, POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.**
- 14. LLAMADAS TELEFONICAS, RENTA DE PELICULAS, GASTOS PARA LA COMODIDAD DEL AFECTADO, ASI COMO LOS GASTOS EROGADOS POR EL ACOMPAÑANTE, EXCEPTO LA CAMA EXTRA.**
- 15. DERIVADOS DE SUICIDIO, SU INTENTO O MUTILACION VOLUNTARIA.**

## **LIMITANTES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

16. LESIONES OCURRIDAS EN RIÑA, ACTOS DELICTUOSOS O ESTANDO BAJO EL INFLUJO DE ALCOHOL O CUALQUIER TIPO DE ESTIMULANTE. EN CASO DE ASALTO SE DEBERA PRESENTAR COPIA CERTIFICADA DE LAS ACTUACIONES DEL MINISTERIO PUBLICO.
17. **LESIONES DERIVADAS DE LA PRACTICA DE DEPORTES PELIGROSOS TALES COMO MOTOCICLISMO, ALPINISMO, BUCEO, ESQUI, ETC.**
18. LESIONES QUE SE PRODUZCAN CUANDO SE VIAJE EN AERONAVES NO COMERCIALES NI LEGALMENTE ESTABLECIDAS.
19. **TRATAMIENTOS EXPERIMENTALES O A BASE DE HIPNOTISMO, TRATAMIENTOS Y PRODUCTOS NATURISTAS.**
20. TRATAMIENTOS DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES. ( ORTODONTICOS, ENDODONTICOS Y PERIODONTICOS ).
21. **CIRCUNCISION DE TIPO PREVENTIVO Y PROFILACTICO.**
22. CHECK-UP O REVISIONES MEDICAS, ESTUDIOS DE PREVENCION Y PROCESOS BIOLÓGICOS NATURALES DEL ORGANISMO, COMO MENOPAUSIA, ANDROPAUSIA , DISFUNCION ERECTIL, ETC.
23. **TRATAMIENTO DE SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).**
24. CONSULTAS POST-OPERATORIAS. LOS HONORARIOS COBRADOS POR LOS DOCTORES A CONSECUENCIA DEL SEGUIMIENTO MEDICO DE ALGUNA CIRUGIA.
25. **GASTOS NO RELACIONADOS CON LA ATENCION MEDICA POR LA CUAL SE ESTE RECLAMANDO.**
26. VITAMINAS, MINERALES, SUPLEMENTOS Y COMPLEMENTOS ALIMENTICIOS , MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS O ANSIOLITICOS.
27. **FACTURAS DE HOSPITAL SIN EL DESGLOSE DE LOS CONCEPTOS ADQUIRIDOS.**
28. GASTOS DE ESTACIONAMIENTO, TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTOS.
29. **GASTOS EROGADOS PARA VERIFICAR COMPATIBILIDAD DE SANGRE U ORGANOS EXCEPTO LOS EROGADOS POR EL DONADOR SELECCIONADO.**
30. TRATAMIENTOS MAXILOFACIALES Y PARA EVITAR EL RONQUIDO, APNEA DEL SUEÑO, UVULOPALATOPLASTIA, ETC., POR CUALESQUIERA QUE SEAN SUS MANIFESTACIONES CLINICAS, ASI COMO SUS COMPLICACIONES.
31. **EN CUALQUIER RECLAMACION SE DEBERA PRESENTAR LOS RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO PRACTICADOS AL AFECTADO, INCLUYENDO ORDEN MEDICA E INTERPRETACIÓN CORRESPONDIENTE. EN CASO DE EXTIRPACIÓN DE CUALQUIER PIEZA QUIRÚRGICA O PARTE DE UN ÓRGANO O TEJIDO, SE REQUIERE EL RESULTADO HISTOPATOLÓGICO RESPECTIVO. EN CASO DE NO CONTAR CON ESTOS RESULTADOS EL TRAMITE NO PROCEDERA.**

**LO ANTES ESCRITO ES UN RESUMEN DE LAS PRINCIPALES LIMITANTES Y EXCLUSIONES DEL PROGRAMA.**

**Administración de personal  
Ma. del Carmen Martínez Márquez 5244-20-69 y/o  
Ma. Guadalupe Moreno Beristain 5244-21-69  
Río Pánuco 38 Piso 8 Col. Cuauhtémoc**