

PÓLIZA DE SEGURO GASTOS MÉDICOS

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL ASEGURADO

F.D.N. dd-mm.-aaaa EDAD 00 Años
C.U.R.P. XXXX000000XXXXXX00
Calle, Colonia, Ciudad, Estado, Cp.

FECHA DE EXPEDICIÓN

dd-mm.-aaaa

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

día-mes.-año
Desde las 12hrs. del dd-mm.-aaaa
Hasta las 12hrs. del dd-mm.-aaaa
Duración 365 días

Código cliente:

N0000000A

Antigüedad Reconocida dd-mm.-aaaa

PRIMA DE LA PÓLIZA

Prima Neta \$ -
I.V.A \$ -

PLAN

PSM-GM3-V-EG

Ramo PS1
Subramo Gastos Médicos
Moneda Nacional
Forma de pago Anual / Mensual

Importe total a pagar:

\$ -



PS1-GASTOS-MÉDICOS-2024-2025

COBERTURAS Y SERVICIOS

DEDUCIBLE

\$0

COASEGURO

0%

Seguro de Gastos Médicos y Cirugías
Seguro de Enfermedades Graves
Seguro de Vida Accidentes

SUMA ASEGURADA

\$ 60,000,000.00
\$ 6,000,000.00
\$ 6,000,000.00

Membresía Asesoría Médica Amparada
Membresía Asesoría Médica Móvil Amparada

Membresía Gastos Médicos Menores Amparada
Membresía Servicio de Ambulancia Amparada

BENEFICIARIO

Beneficiario[s] Seguro de Vida

-
-
-
-

ENFERMEDADES PREEXISTENTES

.

ENDOSOS

-- sin endosos --

FIRCAP S.C., pr1merotusalud | Seguros Médicos, cubre al asegurado por los beneficios contratados de acuerdo a las políticas del seguro, en los términos y condiciones de la póliza así como en los endosos que formen parte de ella.



pr1merotusalud | Seguros Médicos

Javier Barros Sierra 540, Park Plaza, Santa Fé, Delegación Álvaro Obregón
CP: 01210, CDMX. TELS. (800)-999-1290 | www.pr1merotusalud.com

APODERADO LEGAL

FIRCAP S.C | PR1MEROTUSALUD 2024-2025

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE

- (I.) DEFINICIONES
- (II.) DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS
- (III.) COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y CIRUGÍAS
- (IV.) COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES
- (V.) SEGURO DE VIDA ACCIDENTES
- (VI.) CLÁUSULAS GENERALES
- (VII.) DERECHOS ADICIONALES DEL ASEGURADO

(I.) D E F I N I C I O N E S

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de la póliza de seguro; pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

LA COMPAÑÍA

FIRCAP S.C. | Compañía de Seguros, es la empresa legalmente constituida con número de autorización "A201808061003190276", expedida por la Secretaría de Economía, responsable de asegurar a terceros, en caso de muerte, accidentes y enfermedades.

PR1MEROTUSALUD

Es la marca de productos y servicios proporcionados por FIRCAP S.C. Como se usa en la póliza, el nombre de pr1merotusalud se refiere a la siguiente entidad legal: FIRCAP SC | Compañía de Seguros.

ACCIDENTE

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al asegurado, ocasionándole daños corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico. Todas las lesiones corporales sufridas en un mismo accidente se consideran un como un solo incidente. En caso de que la atención médica no se solicite en un plazo de cinco días, se considera enfermedad. Las lesiones de columna vertebral o nariz, sólo se considerarán como accidentes cuando exista fractura, rotura completa de ligamentos o politraumatismo.

ASEGURADO

Persona física amparada por la póliza de seguro contra los riesgos cubiertos bajo la presente.

BENEFICIARIO

Persona natural o jurídica a quien el asegurado ha designado en los formularios de la Compañía, como la que recibirá la suma asegurada de la póliza en caso de muerte accidental, sujeta a los términos y condiciones de esta póliza.

CÁNCER IN SITU

Enfermedad crónica degenerativa con un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y no presenta la propagación de células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes.

CIRUGÍA, INTERVENCIÓN O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICOS

Procedimiento que consiste en extirpar, explorar, sustituir, trasplantar, reparar un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado o sano, mediante técnicas invasivas que implican la presencia de un anestesiólogo y de instrumentos cortantes, mecánicos u otros medios físicos.

CIRUGÍA PROFILÁCTICA

Eliminación de órganos o tejidos que están en riesgo de "transformarse" en cáncer, antes de que se desarrolle el cáncer.

CONTRATANTE

Persona que celebra la contratación de la póliza de seguro con la compañía y quien tiene a su cargo el pago de la prima correspondiente. El contratante y el asegurado podrán ser la misma persona.

CORONAVIRUS (COVID-19)

Enfermedad respiratoria contagiosa causada por el virus SARS-CoV-2.

CUIDADOR

Persona que sin ser personal de salud (médico y/o enfermero) mejora la autonomía y/o simplifica la vida de una persona ayudándole con las tareas diarias a personas con alguna discapacidad o dependencia.

DIAGNÓSTICO

Dictamen sobre un padecimiento o condición del mismo, que efectúa un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en elementos como evaluación directa, así como pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, de laboratorio, antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para efectuar un juicio al respecto.



CONDICIONES GENERALES

ENFERMEDAD GRAVE

Alteración del estado de la salud provocada por cáncer, infarto de miocardio u infarto cerebral originados independientemente de la voluntad del asegurado, confirmada por un médico perito legalmente reconocido, (a) que requiera hospitalización, (b) ameriten tratamiento hospitalario.

ERROR MÉDICO Y/U HOSPITALARIO

Toda atención médica que haya causado un daño al asegurado y/o gastos sin justificación derivado de la naturaleza de la atención médica, a causa de un diagnóstico o tratamiento innecesario u equivocado.

HONORARIOS MÉDICOS

Pago por servicios médicos libremente acordado entre el profesionista y el asegurado; mediado naturalmente por condiciones de capacidad, prestigio, calidad y complejidad del servicio médico otorgado.

HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, y que opere bajo las leyes sanitarias en vigor y bajo la supervisión constante de un médico acreditado.

HOSPITALIZACIÓN

Estancia hospitalaria ininterrumpida mayor a 24 horas, justificada y comprobada a través de orden médica.

INCIDENTE

Afectación derivada de una enfermedad, padecimiento o accidente que sufra el asegurado con motivo de un padecimiento amparado por la póliza, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas de aquéllos. En el caso de enfermedad, el incidente se refiere a cada enfermedad cubierta por la póliza. En caso de accidentes, el incidente se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo.

MÉDICO

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en México, que tenga conocimiento de evolución y tratamiento de la atención médica del asegurado. Este no podrá ser familiar directo o indirecto del asegurado.

MELANOMA

Tipo de cáncer de piel que aparece cuando las células llamadas melanocitos se convierten en malignas.

MEMBRESIA DE GASTOS MÉDICOS MENORES

Beneficio que brinda la compañía, amparando al asegurado con un reembolso de hasta el 10% de los gastos derivados de:

I. Consultas médicas no relacionadas a patologías preexistentes o crónicas. II. Medicamentos o insumos farmacéuticos (material de curación, jeringas, vendas, etc.) necesarios para tratar algún padecimiento agudo, no preexistente. III. Estudios de laboratorio y gabinete de rutina, relacionados a patologías agudas, no necesarios para el diagnóstico o seguimiento de padecimientos crónicos o preexistentes.

PADECIMIENTO O ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Se considera preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento: a) Que haya sido declarado o no antes de la adquisición de la póliza, y/o periodo de carencia; b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o; c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o; d) Por el que previamente a la fecha de la adquisición de la póliza se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico. e) Aun cuando haya cursado como asintomático.

PÓLIZA

Acuerdo celebrado entre la compañía y el contratante, constituyendo testimonio del mismo, todos aquellos documentos entregados por la compañía al contratante como son la póliza, políticas del seguro, condiciones generales, y cualquier otro documento adicional entregado por la compañía.

SUMA ASEGURADA

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad la compañía.

TABULADOR

El tabulador de honorarios médicos hace referencia a la suma máxima que la compañía autoriza como pago por los servicios realizados por un médico, procedimientos quirúrgicos y/o tratamientos hospitalarios.



CONDICIONES GENERALES

(II.) DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

(III.) COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y CIRUGÍAS

La compañía se obliga, a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos hospitalarios requeridos por causa de un padecimiento y/o cirugía cubierta, de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y las características del plan contratado.

La cobertura de gastos médicos y/o cirugías quedará amparada a partir de transcurrir treinta días de cobertura continua e ininterrumpida a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Exceptuando en renovaciones o las que en sus condiciones particulares se especifique diferente.

Para los padecimientos, patologías y/o cirugías especificadas en la póliza, quedarán amparados, y a cargo de la compañía los siguientes gastos:

(III.I) GASTOS CUBIERTOS

(A.) GASTOS PREHOSPITALARIOS

I. **ASESORÍA Y RECETAS MÉDICAS TELEFÓNICAS GRATUITAS.** Hable con un médico y reciba recetas directamente en su móvil. Disponemos de un equipo médico propio que le atenderá gratuitamente y de manera ilimitada. Nuestros doctores, estarán disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana.

II. **CONSULTAS MÉDICAS HOSPITALARIAS.** Cubrimos el costo de las consultas médicas que precedan a una hospitalización.

III. **URGENCIAS.** Cubrimos la atención médica de urgencias que precedan a una hospitalización, dicha estancia no deberá ser mayor a 4 horas.

IV. **AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.** Cubrimos todos los estudios médicos prehospitalarios, necesarios.

V. **AMBULANCIA.** Ante una emergencia médica se ampara el uso de servicio de ambulancia dentro de la República Mexicana, siempre y cuando sea médicamente necesaria.

Para que la compañía cubra los gastos médicos prehospitalarios, estos deberán estar relacionados directamente a la patología del evento. Los gastos no relacionados directamente con la patología cubierta podrán ser amparados a través de la membresía de gastos médicos menores, siempre y cuando cumplan con las condiciones generales y políticas del seguro.

(B.) GASTOS HOSPITALARIOS

GASTOS GENERALES

I. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.

II. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

III. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el médico para el correcto tratamiento del padecimiento.

IV. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes (unidades de substancia) utilizados por el asegurado.

V. Costo de cama extra.

HONORARIOS MÉDICOS

I. Honorarios por consultas médicas.

II. Honorarios por procedimientos quirúrgicos.

III. En procedimientos quirúrgicos, honorarios del anestesista.

IV. En procedimientos quirúrgicos, honorarios del primer ayudante.



CONDICIONES GENERALES

MEDICAMENTOS

I. Medicamentos suministrados al asegurado por el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por el médico y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Los medicamentos cubiertos deberán estar registrados y autorizados por la Secretaría de Salud.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

I. Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento dentro de los quince días siguientes a la intervención médica de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

Para que la compañía cubra los gastos médicos hospitalarios, estos deberán estar relacionados directamente a la patología del evento. Los gastos no relacionados directamente con la patología cubierta podrán ser amparados a través de la membresía de gastos médicos menores, siempre y cuando cumplan con las condiciones generales y políticas del seguro.

(C.) GASTOS POSTHOSPITALIZACIÓN

CONSULTAS MÉDICAS

I. El costo de las consultas médicas de seguimiento dentro de los quince días siguientes a la intervención o atención médica queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

MEDICAMENTOS

I. Medicamentos prescritos por el médico y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando dentro de los quince días siguientes a la intervención médica. Los medicamentos cubiertos deberán estar registrados y autorizados por la Secretaría de Salud.

AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

I. Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento dentro de los quince días siguientes a la intervención médica de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

TERAPIAS FÍSICAS

I. Terapias físicas de rehabilitación y/o recuperación dentro de los quince días naturales siguientes a la hospitalización.

Para que la compañía cubra los gastos médicos de post hospitalización, estos deberán estar relacionados directamente a la patología del evento. Los gastos no relacionados directamente con la patología cubierta podrán ser amparados a través de la membresía de gastos médicos menores, siempre y cuando cumplan con las condiciones generales y políticas del seguro.

(III.II) PATOLOGÍAS CUBIERTAS

A. Apendicitis (Obstrucción del apéndice cecal):

- A.1 Apendicitis secundario a fecalito
- A.2 Apendicitis secundario a cuerpo extraño
- A.4 Apendicitis secundario a parásitos
- A.3 Apendicitis secundario a tumor

La apendicitis es una causa muy común de cirugía de emergencia. Es causada por un bloqueo en el interior del apéndice. Este bloqueo provoca un aumento de la presión, problemas con el flujo de la sangre e inflamación. Si el bloqueo no se trata, el apéndice puede romperse y diseminar la infección hacia el abdomen causando una peritonitis.



CONDICIONES GENERALES

B. Colecistitis (Inflamación de la vesícula biliar):

B.5 Colecistitis bacteriano B.6 Colecistitis litíásico B.7 Colecistitis traumática

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar que se desarrolla en horas. Cuando esto sucede en el 95% de los casos requiere cirugía.

C. Leiomioma Uterino (Lesión tumoral en el útero):

C.9 Leiomioma Uterino

Lesión tumoral generalmente benigna más frecuente en la mujer durante la etapa reproductiva. Los miomas uterinos son comunes. Hasta una de cada cinco mujeres puede tener miomas durante sus años de fertilidad. La mitad de todas las mujeres tiene miomas hacia los 50 años.

D. Neumonía e Influenza:

D.10 Neumonía e Influenza

Inflamación de los pulmones, causada por la infección de un virus o una bacteria, que se caracteriza por la presencia de fiebre alta, escalofríos, dolor intenso en el costado afectado del tórax, tos y expectoración.

E. Infecciones respiratorias agudas:

E.17 Coronavirus (COVID-19) E.19 Epiglotitis E.21 Faringitis E.23 Bronquitis
E.18 Rinitis, Sinusitis E.20 Laringitis, Amigdalitis E.22 Faringoamigdalitis

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía. Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud, pues resultan con la mortalidad más alta en el mundo.

F. Infecciones intestinales:

F.24 Salmonelosis F.27 Y. Enterocolítica F.30 Adenovirus
F.25 Shigelosis F.28 Escherichia coli F.31 H. Pylori
F.26 EDA F.29 Rotavirus F.32 Campylobacter

Las infecciones gastrointestinales son infecciones víricas, bacterianas o parasitarias que causan gastroenteritis, una inflamación del tubo digestivo que afecta tanto al estómago como al intestino delgado. Siendo esta patología entre las más frecuentes en atención primaria. Si bien no siempre son graves y a menudo pueden resolverse rápidamente, si no son atendidas, las complicaciones pueden ser mortales.

G. Infección por virus de Dengue ¹

G.33 Dengue clásico G.34 Dengue grave.

La infección por el virus de Dengue (DENV), se transmite principalmente por picadura de mosquito del género Aedes aegypti o Aedes albopictus, sus síntomas son similares a un cuadro gripal. Las complicaciones de dicha infección podrán ser mortales. Su incidencia ha aumentado los últimos 5 años y representa una de las principales causas de atención primaria en México.

H. Accidentes:

H.35 Accidentes automovilísticos H.37 Accidentes escolares H.39 Accidentes deportivos
H.36 Accidentes peatonales H.38 Accidentes domésticos H.40 Accidentes laborales

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al asegurado, ocasionándole daños corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico



CONDICIONES GENERALES

I. Envenenamientos:

- | | |
|---|---|
| I.41 Envenenamientos por picadura de alacrán | I.44 Envenenamientos por mordedura de serpientes |
| I.42 Envenenamientos por picadura de insectos | I.45 Envenenamientos por ingesta de tóxicos y/o venenos |
| I.43 Envenenamientos por picadura de animales | I.46 Envenenamientos por contacto con tóxicos y/o venenos |

Enfermedad provocada por el ingreso en el organismo, por cualquier vía, de una sustancia química, un veneno o un tóxico, que da lugar a alteraciones, mayores o menores, de la fisiología del asegurado, pudiendo llegar a causar la muerte. No se considera envenenamiento cualquier intoxicación provocada intencionalmente por el asegurado.

¹ La cobertura amparará la atención por primer diagnóstico.

(III.III) CIRUGÍAS CUBIERTAS

Quedarán cubiertas las siguientes cirugías a la que se someta el asegurado. Para efectos de la cobertura se entenderá por cirugías:

Cirugía laparoscópica: La cirugía laparoscópica o "mínimamente invasiva" es una técnica especializada para realizar cirugía. En estas cirugías el cirujano usa varias incisiones de 0.5 a 1 cm, cada incisión se denomina "puerto".

Cirugía abierta: Se considera cirugía abierta, a la cirugía convencional, la que se realiza con "bisturí y tijera".

CIRUGÍAS CUBIERTAS Y SUS DEFINICIONES:

I. Adenoamigdalectomía. 1,2

Es la extirpación quirúrgica de las adenoides, amígdalas y amígdala lingual (conjunto de tejido linfóide más voluminoso de la faringe y está situado en la base de la lengua).

II. Apendicectomía. 2

Es la extirpación por medio de cirugía abierta o laparoscópica del apéndice. El procedimiento se realiza para tratar una inflamación aguda del apéndice causada por diversas causas.

III. Colectectomía. 2

La colectectomía por laparoscopia es la extirpación de la vesícula biliar a través de uno o varios orificios en el abdomen, introduciendo una cámara.

IV. Herniorrafia.1,2

Es la operación quirúrgica para la corrección de una hernia abdominal. El procedimiento se realiza para tratar una protrusión de un órgano abdominal.

V. Histerectomía. 2

La histerectomía es la extirpación quirúrgica abierta o laparoscópica del útero. El procedimiento se realiza para tratar diversas enfermedades del útero.

VI. Laparotomía exploratoria.

Es una intervención quirúrgica utilizada con el fin de evaluar el estado de los órganos internos ubicados en el abdomen. La laparotomía exploratoria se lleva a cabo cuando otro tipo de pruebas han sido insuficientes para establecer un diagnóstico.

VII. Miomectomía abierta o laparoscópica.2

Es el procedimiento quirúrgico para extirpar fibromas uterinos, llamados también "leiomiomas". El procedimiento se realiza para tratar un tumor benigno y no canceroso que crece en el tejido muscular del útero o miometrio en las mujeres.



CONDICIONES GENERALES

IIX. Ooforectomía.2

Es la extirpación quirúrgica abierta o laparoscópica quirúrgica de un ovario o ambos. El procedimiento se realiza para tratar afecciones a nivel ovárico, causada por diversas causas. Procedimiento no cubierto como medida anticonceptiva.

IX. Orquiectomía inguinal.2

Es la extirpación quirúrgica de un testículo o ambos. El procedimiento se realiza para tratar afecciones en testículos, causada por diversas causas.

X. Ortopédica y Traumatología.

Es el procedimiento quirúrgico para la corrección a desórdenes del aparato locomotor, de sus partes musculares, óseas o articulares y sus lesiones agudas, crónicas, traumáticas y recurrentes. Para efectos del seguro no estarán cubiertas las cirugías necesarias derivadas a una enfermedad crónica o secundaria a una lesión preexistente.

XI. Prostatectomía o Resección transuretral de próstata. 1, 2

Cirugía para extirpar la próstata. El procedimiento puede ser:

- Prostatectomía simple: extracción únicamente de la próstata.
- Prostatectomía radical: extracción de la próstata y parte del tejido circundante.

Se realiza para tratar enfermedades por el crecimiento benigno de la próstata.

XII. Salpingooforectomía.1, 2

Cirugía para extirpar uno o ambos ovarios y una o ambas trompas de Falopio de un lado del cuerpo. El procedimiento puede ser:

- Unilateral Bilateral

Procedimiento no cubierto como medida anticonceptiva

¹ La cobertura amparará la atención por primer diagnóstico.

² La cobertura quedará amparada a partir de transcurrir doscientos setenta días de cobertura continua e ininterrumpida a partir del inicio de vigencia de la póliza.

CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y CIRUGÍAS

I. EDAD DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación para la contratación de la cobertura es de 85 años, no habiendo edad límite en renovaciones.

II. DEDUCIBLE \$0 Y COASEGURO 0%

Sin deducible y sin coaseguro.

III. PERIODO DE CARENIA

Ciento ochenta días a partir del inicio de vigencia de la póliza. Exceptuando las que en sus condiciones particulares se especifique diferente, y/o cuando la sintomatología se haya presentado durante los noventa días previos a la contratación de la póliza, lapso que no tendrá lugar en renovaciones.

IV. ESTANCIA HOSPITALARIA

La presente cobertura cubrirá los gastos médicos y/o cirugías que requieran atención médica hospitalaria justificada mayor a 24 horas.



CONDICIONES GENERALES

V. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad a cargo de la compañía será hasta la suma asegurada convenida en la póliza, dentro de los términos y condiciones del seguro. Quedarán amparados los gastos médicos y/ o cirugías que ocurran dentro de la vigencia de la póliza. Sin limitación de incidentes, es decir en caso de que el asegurado requiera dos o más intervenciones en un año de vigencia, serán cubiertas.

VI. COMPROBACIÓN Y PAGO DE LA COBERTURA POR GASTOS MÉDICOS Y/O CIRUGÍA

En caso de presentarse un incidente, éste debe ser notificado a la compañía por vía electrónica a través de la sección incidentes de www.pr1merotusalud.com o al correo incidentes@pr1merotusalud.com, dentro de los cinco días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito comprobable, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

El pago de incidentes será realizado sin IVA y podrá variar de acuerdo a la documentación comprobatoria recibida.

Para que la compañía proceda con el trámite de pago de la cobertura por gastos médicos y/o cirugía, se deberá atender a lo siguiente:

A. PAGO DE COBERTURA POR REEMBOLSO

Para solicitar el pago de la cobertura por reembolso deberá presentar la siguiente información:

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Carta de ingreso y egreso hospitalario.
- Desglose de los gastos hospitalarios donde se indique el nombre del paciente, la fecha de ingreso y fecha egreso hospitalario.
- Copia de las facturas hospitalarias expedidas a nombre del asegurado.
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, firmado por el médico tratante.
- Estudios de laboratorio, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, y/o declaraciones que sustentan el diagnóstico presentado.
- Desglose de gastos hospitalarios donde se indique el nombre del paciente.
- Número de cuenta bancaria del asegurado en donde se realizará el pago de la cobertura.
- Carta finiquito firmada por el asegurado.

Toda documentación enviada para comprobación de un evento deberá ser verificada por el Asegurado previo a su envío. La compañía no aceptará correcciones de diagnósticos, estudios médicos o preexistencias declaradas u omitidas.

Adicionalmente, la compañía se reserva el derecho de solicitar toda la información necesaria para validar los gastos médicos generados. En el caso de las coberturas con pago mensual, el monto total faltante

B. (PAGO DIRECTO) PROGRAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS O CIRUGÍA

Para solicitar el pago directo, deberá presentar la siguiente información:

B.I HOSPITALIZACIÓN

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Carta de programación de cirugía o nota de internamiento, validada y firmada por médico tratante.
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, validado y firmado por el médico tratante.
- Estudios de laboratorio y gabinete que sustenten el diagnóstico. Los gastos reembolsados serán considerados sin IVA.

B.II CIRUGÍA PROGRAMADA

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, firmado por el médico tratante.
- Estudios de laboratorio y gabinete que sustenten el diagnóstico.



CONDICIONES GENERALES

- Cotización hospitalaria.
- Desglose de gastos médicos programados.
- Orden de internamiento,
- Fecha de programación de cirugía firmada por el médico

Adicionalmente, la compañía se reserva el derecho de solicitar toda la información necesaria para validar los gastos médicos generados o por generar.

En cirugías programadas, una vez que se reciba toda la documentación y se tenga un dictamen, se realizará un primer pago 3 días hábiles previos al procedimiento, el cual cubrirá el 30% del monto total autorizado en el dictamen, posterior al procedimiento deberá enviar la siguiente documentación comprobatoria:

- Carta de ingreso y egreso hospitalario.
- Resumen medico postoperatorio.
- Facturas o comprobante de pago de gastos derivados del procedimiento.

Una vez recibida dicha documentación pasará a valoración y se realizará la carta finiquito para firma. Con la carta finiquito firmada se dará inicio al proceso de pago del 70% del monto autorizado.

C. MEMBRESÍA DE GASTOS MÉDICOS MENORES.

Para solicitar el reembolso a través de la membresía de gastos médicos menores será necesario enviar la siguiente información:

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Resumen o receta médica en la cual se especifique el diagnóstico, tratamiento y en caso de ser necesario estudios de laboratorio o gabinete solicitados.
- Facturas o comprobantes de pago de los gastos generados.

Los gastos reembolsados serán considerados sin IVA. de pago de primas será considerado dentro del pago del incidente.

VII. TABULADOR

VII.I LINEAMIENTOS DEL TABULADOR PARA GASTOS HOSPITALARIOS RELACIONADOS A HONORARIOS MÉDICOS

- Los gastos por honorarios médicos amparados no excederán de los montos máximos establecidos dentro del tabulador.
- Los gastos médicos requeridos serán cubiertos por día de hospitalización, acorde a su especialidad.
- El tabulador establecido en las condiciones generales no es reflejo en ninguna circunstancia de la procedencia del dictamen de incidente.
- El tabulador establecido en las condiciones generales aplica únicamente en honorarios por hospitalización.
- El médico encargado de la hospitalización, así como el médico titular en la hospitalización, están obligados a entregar un resumen médico de la hospitalización, el cual deberá contener historia clínica completa, padecimiento actual detallado, pronóstico. Así como ser responsables de toda atención medica necesaria durante la hospitalización (establecimiento de procedimientos, establecimiento de tratamiento médico, programación o solicitud de estudios, etc.)
- En caso de requerir atención en área de urgencias, el médico urgenciólogo no deberá estar a cargo del paciente por más de 4 hrs. Ya que si fuera medicamente necesaria la hospitalización el asegurado deberá pasar a piso de hospitalización a cargo del médico especialista.
- En caso de que la especialidad médica no se encuentre dentro del tabulador, los honorarios médicos serán establecidos por rama de especialidad.
- Toda hospitalización deberá ser medicamente necesaria y ser ocasionada por patologías amparadas dentro de las condiciones generales.

VII.II LINEAMIENTOS DEL TABULADOR PARA GASTOS QUIRÚRGICOS RELACIONADOS A HONORARIOS MÉDICOS

- I. Los gastos por honorarios médicos amparados, no excederán de los montos establecidos en el tabulador, en cada procedimiento quirúrgico.
- II. Los honorarios médicos de cirujano se establecen con montos máximos dentro del tabulador.

III. Los honorarios médicos de equipo quirúrgico: A) Anestesiólogo B) Primer Ayudante C) Segundo Ayudante D) Instrumentista, serán calculados a partir de la parte proporcional de los honorarios médicos autorizados por cirujano, nunca excediendo lo establecido dentro del tabulador:



CONDICIONES GENERALES

- Anestesiólogo, 30% de los honorarios médicos autorizados al cirujano.
- Primer Ayudante, 20% de los honorarios médicos autorizados al cirujano.
- Segundo Ayudante, 10% de los honorarios médicos autorizados al cirujano, previa autorización de la compañía.
- Instrumentista, 5% de los honorarios médicos autorizados al cirujano, previa autorización de la compañía.

IV. El tabulador establecido en las condiciones generales, no es reflejo en ninguna circunstancia de la procedencia del dictamen de cada incidente.

V. En caso de ser necesario realizar 2 o más intervenciones quirúrgicas en el mismo tiempo quirúrgico, la compañía cubrirá el 100% de los honorarios médicos de la intervención con mayor costo. Los demás procedimientos quirúrgicos serán cubiertos únicamente por el 40% del establecido dentro del tabulador, siempre y cuando se encuentren amparados por las condiciones generales de la póliza. Este lineamiento también aplica en politraumatismos.

VI. Si se llegara a requerir la participación de dos cirujanos de diferente especialidad en una misma intervención, se cubrirán el 100% los honorarios de ambos médicos, sin embargo, los honorarios del resto del equipo quirúrgico (anestesiólogo, primer ayudante, segundo ayudante e instrumentista) serán cubiertos como 1 sola intervención. Siempre y cuando la intervención y/o diagnóstico se encuentren aparados por las condiciones generales de la póliza. Este lineamiento también aplica en politraumatismos.

VII. En caso de complicaciones relacionadas a una intervención quirúrgica dentro de las primeras 24 hrs. posteriores a la realización de la intervención, las cuales no se relacionen con errores médicos y/u hospitalarios, la compañía cubrirá únicamente el 50% de los gastos generados por hospitalización y honorarios de equipo quirúrgico.

VIII. En caso de ser necesaria una segunda intervención quirúrgica posterior a las primeras 24 hrs. a la realización de la primera intervención, será considerada como un incidente distinto, el cual requerirá la valoración para dictamen como un nuevo incidente, al relacionarse con otro incidente no es reflejo en ninguna circunstancia de la procedencia del dictamen.

IX. En caso de enfermedades graves, que no se encuentren dentro del tabulador, los honorarios médicos para las intervenciones quirúrgicas serán establecidos por similitud de las comprendidas en la intervención.

X. En caso de que el costo de honorarios médicos exceda lo autorizado, el asegurado será responsable de cubrir la diferencia.

XI. Toda intervención quirúrgica deberá estar amparada dentro de las condiciones generales.

VII.III TABULADOR POR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CIRUJANO	PRIMER AYUDANTE	ANESTESIOLOGO
AMIGDALECTOMIA	\$13,897	\$2,779	\$4,169
APENDICECTOMIA ABDOMINAL	\$18,650	\$3,730	\$5,595
APENDICECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$21,740	\$4,348	\$6,522
COLECISTECTOMIA ABDOMINAL	\$22,656	\$4,531	\$6,797
COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$26,847	\$5,369	\$8,054
HISTERECTOMIA ABDOMINAL	\$26,193	\$5,239	\$7,858
HISTERECTOMIA VAGINAL POR LAPAROSCOPIA	\$27,000	\$5,400	\$8,100
HERNIA INCISIONAL O VENTRAL	\$17,300	\$3,460	\$5,190
HERNIA UMBILICAL	\$14,680	\$2,936	\$4,404
HERNIA INGUINAL	\$15,230	\$3,046	\$4,569
HERNIA HIATAL	\$26,000	\$5,200	\$7,800
HERNIA FEMORAL	\$15,865	\$3,173	\$4,760
LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	\$20,865	\$4,173	\$6,260
MIOMECTOMIA ABDOMINAL	\$20,320	\$4,064	\$6,096
MIOMECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$21,178	\$4,236	\$6,353
OOFORECTOMIA ABDOMINAL	\$15,965	\$3,193	\$4,790
OOFORECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$15,876	\$3,175	\$4,763



CONDICIONES GENERALES

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CIRUJANO	PRIMER AYUDANTE	ANESTESIOLOGO
ORQUIECTOMIA INGUINAL	\$15,234	\$3,047	\$4,570
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CRANEO TRATAMIENTO CERRADO	\$20,046	\$4,009	\$6,014
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CARA (FRACTURA: ARCO CIGOMATICO, NASAL, PERIORBITARIA, ORBITARIA, MANDIBULAR O MAXILAR Y SENOS PARANASALES)	\$20,114	\$4,023	\$6,034
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TORAX (ESTERNON) TRATAMIENTO CERRADO	\$4,000	\$800	\$1,200
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TORAX PARRILLA COSTAL TRATAMIENTO CERRADO	\$1,900	\$380	\$570
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: BRAZO TRATAMIENTO CERRADO	\$8,867	\$1,773	\$2,660
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: BRAZO TRATAMIENTO ABIERTO	\$19,758	\$3,952	\$5,927
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CLAVICULA TRATAMIENTO CERRADO	\$4,500	\$900	\$1,350
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CLAVICULA TRATAMIENTO ABIERTO	\$12,100	\$2,420	\$3,630
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CODO TRATAMIENTO CERRADO	\$8,700	\$1,740	\$2,610
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CODO TRATAMIENTO ABIERTO	\$13,639	\$2,728	\$4,092
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: MUÑECA TRATAMIENTO CERRADO	\$6,404	\$1,281	\$1,921
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: MUÑECA TRATAMIENTO ABIERTO	\$11,965	\$2,393	\$3,590
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: MANO TRATAMIENTO CERRADO	\$5,560	\$1,112	\$1,668
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: MANO TRATAMIENTO ABIERTO	\$11,504	\$2,301	\$3,451
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: COLUMNA TRATAMIENTO ABIERTO O REDUCCION DE FRACTURAS O DISLOCACIONES VERTEBRALES	\$35,600	\$7,120	\$10,680
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CADERA-PELVIS TRATAMIENTO CERRADO	\$9,856	\$1,971	\$2,957
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: CADERA-PELVIS TRATAMIENTO ABIERTO	\$22,659	\$4,532	\$6,798
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PIERNA (FEMORAL) TRATAMIENTO CERRADO	\$10,745	\$2,149	\$3,224
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PIERNA (FEMORAL) TRATAMIENTO ABIERTO	\$26,864	\$5,373	\$8,059
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TIBIA TRATAMIENTO CERRADO	\$10,000	\$2,000	\$3,000



CONDICIONES GENERALES

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	CIRUJANO	PRIMER AYUDANTE	ANESTESIOLOGO
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TIBIA TRATAMIENTO ABIERTO	\$15,643	\$3,129	\$4,693
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PERONE TRATAMIENTO CERRADO	\$8,113	\$1,623	\$2,434
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PERONE TRATAMIENTO ABIERTO	\$15,730	\$3,146	\$4,719
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TOBILLO TRATAMIENTO CERRADO	\$6,598	\$1,320	\$1,979
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: TOBILLO TRATAMIENTO ABIERTO	\$15,127	\$3,025	\$4,538
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PIE TRATAMIENTO CERRADO	\$9,004	\$1,801	\$2,701
ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA: PIE TRATAMIENTO ABIERTO	\$15,673	\$3,135	\$4,702
PROSTATECTOMIA PERINEAL (INCLUYENDO CONTROL DE SANGRADO POSTOPERATORIO, VASECTOMÍA, MEATOTOMÍA, CALIBRACIÓN Y/O DILATACIÓN URETRAL Y URETROTOMÍA INTERNA)	\$23,765	\$4,753	\$7,130
PROSTATECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$25,678	\$5,136	\$7,703
SALPINGOOFORRECTOMIA ABDOMINAL	\$15,045	\$3,009	\$4,514
SALPINGOOFORRECTOMIA POR LAPAROSCOPIA	\$15,035	\$3,007	\$4,511
ENFERMEDAD GRAVE: CATETERISMO	\$25,639	\$5,128	\$7,692

VII.IV TABULADOR POR ESPECIALIDAD MÉDICA PARA HOSPITALIZACIÓN

ESPECIALIDAD MEDICA	HONORARIOS
CARDIOLOGO	\$1,500
CIRUJANO GENERAL	\$2,000
GASTROENTEROLOGO	\$1,500
GERIATRIA	\$1,500
GINECOLOGO	\$2,000
INTERNISTA	\$1,500
MÉDICO GENERAL	\$500
NEUMOLOGO	\$1,500
ONCOLOGO	\$1,500
CIRUJANO ONCOLOGICO	\$2,000
TRAUMATOLOGO	\$2,000
URGENCIOLOGO	\$1,000
UROLOGO	\$2,000
PEDIATRA	\$1,500

IIX. EXCLUSIONES.

Bajo ninguna circunstancia la compañía pagará los gastos médicos y/o cirugías que tengan origen en cualquiera de los siguientes eventos, o circunstancias que se describen a continuación.



CONDICIONES GENERALES

- I. Accidentes causados por fenómenos sísmicos, inundaciones u otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.
- II. Accidentes o enfermedades originados por culpa grave del asegurado, omisión, autolesión provocada por omisión de cuidado, consiente e inconsciente, cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, por el uso o estando bajo los efectos de alguna droga, barbitúrico, estimulante, somnífero o similar, aun cuando hayan sido prescritos por un médico.
- III. Cirugías profilácticas.
- IV. Procesos de trasplante de órganos, prótesis e implantes.
- V. Gastos médicos y/o cirugías que no requieran hospitalización.
- IX. A causa de vértigos, vahídos, lipotimias, convulsiones o parálisis y los que ocurran por estado de enajenación mental, salvo que tales trastornos sean consecuencia inmediata de un accidente tal como se lo define en esta Póliza.
- X. Padecimientos y enfermedades preexistentes.
- XII. Enfermedades, patologías y cirugías no especificadas en la póliza.
- IVX. Relacionados con procedimientos estéticos o cirugías plásticas.
- XV. Lesiones ocasionadas intencionalmente, por sí solo o de acuerdo con otra persona ya sea que se cometa en estado de enajenación mental o no. Lesiones que resulten de alguna pelea o riña.
- XVI. Estancias hospitalarias en área de urgencias mayores a 4 horas.
- XVII. Estudios o medicamentos realizados o utilizados en el Asegurado que no estén directamente relacionados con la patología de origen (incidente), aún y cuando ésta sea procedente.
- XVIII. Enfermedades crónico-degenerativas y sus derivados, así sea preexistencia médica o reciente diagnóstico.
- XIX. Patologías, lesiones o cirugías relacionadas a la preparación de alteración genital por cambio de sexo, así como consecuencias por terapias hormonales aun siendo prescritas por un médico.
- XX. Patologías, lesiones o cirugías cuyo origen sea el cambio de sexo fisiológico o psicológico aun siendo prescritas por un médico.
- XXI. Gastos médicos u hospitalarios relacionados a los cuidados prenatales.
- XXII. Gastos médicos u hospitalarios relacionados con maternidad.
- XXIII. Gastos generados por honorarios de Cuidador o Cuidadora.
- XXIV. Cirugías robóticas, aun cuando sea derivado de un accidente, diagnóstico de cáncer o por necesidad medica por tratamiento farmacológico con anticoagulantes (o algún otro fármaco que pueda alterar tiempos de coagulación y sangrado).
- VI. Errores médicos y/u hospitalarios.
- VII. Derivados de lesiones de rodilla, ya sea por accidente o no.
- IIIX. Derivados de lesiones en el hombro, ya sea por accidente o no.
- XI. Relacionados con antecedentes médicos.
- XIII. Enfermedades y procedimientos dentales o bucales.

(IV.) COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

La compañía se obliga, a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos-hospitalarios por causa de una enfermedad grave cubierta; de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

La cobertura de enfermedades graves quedará amparada a partir de transcurrir dieciocho meses de cobertura continua e ininterrumpida a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.



CONDICIONES GENERALES

PATOLOGÍAS CONSIDERADAS EN LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

(IV.I) COBERTURA POR NEOPLASIA MALIGNA (CÁNCER)

La compañía se obliga, a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos-hospitalarios por causa de Cáncer; de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

Definición de cáncer: presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario. La cobertura está limitada al primer diagnóstico durante la vida del asegurado. Cualquier manifestación u ocurrencia posterior a la primera reclamación de un padecimiento considerado como enfermedad grave no será cubierta por el seguro.

Condiciones particulares de la cobertura por neoplasia maligna:

- I. Exclusión en presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o anticuerpos positivos de virus de inmunodeficiencia humana en el asegurado.
- II. Exclusión en presencia de pneumocystis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.
- III. Exclusión de todo tipo de cáncer de piel.
- IV. Exclusión de carcinoma In Situ no invasivos.

(IV.II) COBERTURA POR INFARTO DE MIOCARDIO

La compañía se obliga, a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos-hospitalarios por causa de Infarto de Miocardio; de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

Definición de infarto de miocardio: lesión de los tejidos que forman el corazón, o una parte de él, que produce una parada o una grave alteración del ritmo de los latidos por obstrucción de la arteria o las arterias correspondientes; conduce a la muerte o necrosis de los tejidos.

Condiciones particulares de la cobertura por infarto de miocardio:

- I. Exclusión en presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o anticuerpos positivos de virus de inmunodeficiencia humana en el asegurado.
- II. Exclusión de infarto de miocardio que ocurra en la presencia del virus (SARS-CoV-2) ya sea como consecuencia directa o indirecta del mismo.
- III. Exclusión de angina de pecho estable o inestable.
- IV. Exclusión de infartos que no requieran tratamiento de cuidados intensivos.

(IV.III) COBERTURA POR INFARTO CEREBRAL

La compañía se obliga, a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos-hospitalarios por causa de Infarto de Cerebral; de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

Definición de infarto cerebral: es un evento cerebrovascular causado por un proceso de isquemia, durante el cual muere parte de la masa encefálica debido a una carencia duradera en la irrigación sanguínea.

Condiciones particulares de la cobertura por infarto cerebral:

- I. Exclusión en presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o anticuerpos positivos de virus de inmunodeficiencia humana en el asegurado.
- II. Exclusión de infarto de miocardio que ocurra en la presencia del virus (SARS-CoV-2) ya sea como consecuencia directa o indirecta del mismo.
- III. Exclusión de los accidentes cerebro vasculares transitorios.
- IV. Exclusión de las lesiones cerebrales causadas por traumatismo o hipoxia o reducción crítica de oxígeno.



CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

I. EDAD DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación para la contratación de la cobertura es de 85 años, no habiendo edad límite en renovaciones.

II. DEDUCIBLE \$0 Y COASEGURO 0%

Sin deducible y sin coaseguro.

III. ESTANCIA HOSPITALARIA

La presente cobertura cubrirá los gastos médicos y/o cirugías que requieran atención médica hospitalaria justificada mayor a 48 horas.

IV. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad a cargo de la compañía será hasta la suma asegurada convenida en la póliza, dentro de los términos y condiciones del seguro por la atención medica-hospitalaria requerida a causa de la primera enfermedad grave sufrida por el asegurado dentro de cada año de vigencia.

V. COMPROBACIÓN Y PAGO DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

En caso de presentarse un incidente, éste debe ser notificado a la compañía por vía electrónica a través de la sección incidentes de www.pr1merotusalud.com o al correo incidentes@pr1merotusalud.com, dentro de los cinco días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito comprobable, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento

Para que la compañía proceda con el trámite de pago de la cobertura en caso de enfermedad grave, el asegurado deberá atender a lo siguiente:

A. PAGO DE COBERTURA POR REEMBOLSO

Para solicitar el pago de la cobertura por reembolso deberá presentar la siguiente información:

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Carta ingreso y egreso hospitalario.
- Desglose de gastos hospitalarios donde se indique el nombre del paciente, la fecha de ingreso y la fecha de egreso hospitalario.
- Copia de las facturas hospitalarias expedidas a nombre del asegurado.
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, firmado por el médico tratante.
- Estudios de laboratorio, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas, y/o declaraciones que sustentan el diagnóstico presentado.
- Desglose de gastos hospitalarios donde se indique el nombre del paciente.
- Número de cuenta bancaria del asegurado en donde se realizará el pago de la cobertura.
- Carta finiquito firmada por el asegurado.

Adicionalmente, la compañía se reserva el derecho de solicitar toda la información necesaria para validar los gastos médicos generados.

En el caso de las coberturas en plan de Pago Mensual, el monto total de la PRIMA por pagar será descontado dentro del pago de incidente.

Los gastos reembolsados serán considerados sin IVA.



CONDICIONES GENERALES

B. (PAGO DIRECTO) PROGRAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS O CIRUGÍA

Para solicitar el pago directo, deberá presentar la siguiente información:

B.I HOSPITALIZACIÓN

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. www.pr1merotusalud.com/incidentes
- Carta ingreso y egreso hospitalario.
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, firmado por el médico tratante.

B.II CIRUGÍA PROGRAMADA

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. www.pr1merotusalud.com/incidentes
- Reporte médico de patología actual especificando historial clínico, sintomatología, inicio, diagnóstico confirmado y tratamiento establecido, firmado por el médico tratante.
- Desglose de gastos médicos programados.
- Carta finiquito firmada por el asegurado.
- Fecha de programación de cirugía firmada por el médico.

Adicionalmente, la compañía se reserva el derecho de solicitar toda la información necesaria para validar los gastos médicos generados o por generar.

En el caso de las coberturas en plan de Pago Mensual, el monto total de la PRIMA por pagar será descontado dentro del pago de incidente.

Los gastos reembolsados serán considerados sin IVA.

ADICIONALMENTE SE ESPECIFICA LA DOCUMENTACIÓN PARTICULAR REQUERIDA POR CADA ENFERMEDAD GRAVE:

A. Neoplasia Maligna (Cáncer)

I. Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

II. El diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

El reclamante deberá presentar adicionalmente a la compañía, la siguiente información:

III. Informe médico original, requisitado en su totalidad por el Oncólogo o Médico que diagnosticó la enfermedad.

IV. Estudio de histopatología, resultado de patología o informe del médico patólogo original, donde se evidencie el diagnóstico, este estudio es indispensable para el pago de la cobertura.

B. Infarto al Miocardio

I. El diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardiaco:

II. Historia del dolor torácico típico.



CONDICIONES GENERALES

- III. Electrocardiograma (ECG) con cambios nuevos que demuestran un infarto.
- IV. Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB.
- V. Diagnóstico de elevación de la Troponina (T o I).
- VI. Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.
- VII. El reclamante deberá presentar adicionalmente a la compañía, la siguiente información:
- IIX. Informe médico original, requisitado en su totalidad por el cardiólogo, cirujano cardiovascular, medicina crítica, terapia intensiva o médico que diagnosticó y/o trató la enfermedad.
- IX. Resultados de estudios de laboratorio original, electrocardiograma original y resultados de estudios de gabinete original que comprueben la enfermedad.

C. Infarto Cerebral

- I. (Enfermedad Vasculat Cerebral) Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:
- II. La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento.
- III. Hallazgos en resonancia magnética, tomografía computarizada u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un ataque.
- IV. Informe médico original, requisitado en su totalidad por el médico neurólogo, neurocirujano o médico que diagnosticó y/o trató la enfermedad.
- V. Resultados de estudios de gabinete e imagen original que comprueben la enfermedad.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA POR ENFERMEDAD GRAVE:

- I. Gastos generados por errores médicos y/o hospitalarios.
- II. Gastos médicos y/o cirugías que no requieran hospitalización mayor a 48 horas.
- III. Padecimientos y enfermedades preexistentes.
- IV. Padecimientos y enfermedades con antecedentes médicos.
- V. Padecimientos, enfermedades y patologías no especificadas en la póliza.

(V.) SEGURO DE VIDA ACCIDENTES

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y como resultado del mismo causara la pérdida de la vida del asegurado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, la compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada convenida en la póliza.

CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO DE VIDA ACCIDENTES:

I. EDAD DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación para la contratación de la cobertura es de 85 años, no habiendo edad límite en renovaciones.



CONDICIONES GENERALES

II. DEDUCIBLE \$0 Y COASEGURO 0%

Sin deducible y sin coaseguro.

III. PERIODO DE CARENCIA

Sin periodo de carencia, dentro de la vigencia de la póliza.

IV. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

El límite de responsabilidad a cargo de la compañía será hasta la suma asegurada convenida en la póliza, dentro de los términos y condiciones del seguro.

V. COMPROBACIÓN Y PAGO DEL SEGURO DE VIDA ACCIDENTES

En caso de presentarse un incidente, éste debe ser notificado a la compañía por vía electrónica a través de la sección incidentes de www.pr1merotusalud.com o al correo incidentes@pr1merotusalud.com, dentro de los cinco días siguientes a su realización, salvo causa de fuerza mayor o caso fortuito comprobable, debiendo realizarse la notificación correspondiente tan pronto como desaparezca el impedimento.

Para que la compañía proceda con el trámite de pago de la cobertura de Vida Accidentes, se deberá atender a lo siguiente:

A. SEGURO DE VIDA ACCIDENTES

- Formato de incidentes llenado y firmado por el asegurado. <https://tinyurl.com/pr1incid>
- Reporte de servicios de emergencia.
- Reporte policiaco.
- Descripción de hechos firmada por beneficiario y un testigo.
- Acta de defunción.
- Carátula de póliza.
- Identificación del asegurado.
- Identificación oficial de los beneficiarios.
- Número de cuenta bancaria del beneficiario en donde se realizará el pago de la cobertura.
- Carta finiquito firmada por los beneficiarios.

Adicionalmente, la compañía se reserva el derecho de solicitar toda la información necesaria para validar los hechos.

EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA ACCIDENTES

Bajo ninguna circunstancia la compañía pagara el seguro de vida cuando:

- I. El acta de defunción sea presentada por causas no especificadas en la cobertura.
- II. El incidente no sea reportado en tiempo.
- III. En fallecimiento accidental, incidente que no cuenten con reporte a servicios de emergencia.
- IV. En fallecimiento accidental, incidente que no cuenten con reporte policiaco.



CONDICIONES GENERALES

(VI.) CLÁUSULAS GENERALES

① VIGENCIA

La vigencia de la póliza será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

② RENOVACIÓN

La compañía podrá renovar la póliza por uno o más periodos iguales al originalmente pactado, siempre y cuando:

I. No se reciba del asegurado la notificación de que es su voluntad no renovarlo, cuando menos con veinte días hábiles previo al vencimiento de la póliza. Invariablemente, la renovación se ofrecerá en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas.

II. El pago de la prima se tendrá como prueba suficiente de la renovación y ésta se llevará a cabo sin requisitos de asegurabilidad y no se podrán modificar los periodos de carencia ni los límites de edad en perjuicio del asegurado. Si el asegurado cambia de plan de cobertura los beneficios por antigüedad no serán afectados siempre y cuando el nuevo plan contemple condiciones similares.

③ TERMINACIÓN

La vigencia de la póliza termina en la primera de las siguientes fechas: a) aquella indicada como fin de vigencia en la propia póliza. b) aquella en la que el asegurado solicite por escrito la cancelación de la póliza.

④ CANCELACIÓN

El seguro podrá ser cancelado por parte del asegurado cuando lo solicite al correo electrónico seguro@pr1merotusalud.com a la compañía, la cancelación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior. En este caso pr1merotusalud | Seguros Médicos reembolsará únicamente, de la prima pagada, las primas de riesgo no devengadas. Monto que será restituido en la misma forma en que fue pagado a la compañía, dentro de los siguientes treinta días naturales de la cancelación. En casos de pago con tarjeta adicionalmente se descontarán las comisiones del uso de la plataforma de cobros. En casos de pagos a meses sin intereses adicionalmente se descontará el costo de los intereses generados.

El seguro podrá ser cancelado por parte de la compañía cuando el asegurado omite, presente o declare información inexacta.

- El contratante y/o el asegurado, están obligados a presentar a la compañía toda la documentación requerida para la contratación del seguro; así como todos los hechos relevantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.
- El contratante y/o el asegurado, están obligados a presentar a la compañía toda la documentación requerida para solicitar el pago de los beneficios de cobertura o la reclamación de un evento o incidente médico; así como todos los hechos relevantes para su comprobación y/o que puedan influir en la apreciación del evento. Tal como los conozca o deba conocer en el momento de realizar la solicitud. La omisión, presentación o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización o causa del incidente, enfermedad, o siniestro.

⑤ PAGO DE PRIMAS

El pago de primas deberá realizarse dentro de treinta días siguientes contados a partir de la fecha de expedición de la póliza. Si el pago no fuera realizado dentro del tiempo estipulado, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.

En los casos donde la prima sea liquidada por medio de cargos a cuentas bancarias o tarjetas de débito o crédito, el cargo que aparezca en el estado

⑥ PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS POR RENOVACIÓN O PLANES DE PAGO MENSUAL.

Para realizar el pago de la prima por renovación; el asegurado gozará de un periodo de gracia de quince días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término convenido, cesarán automáticamente los efectos de la póliza a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.



CONDICIONES GENERALES

En el pago de primas en planes mensuales; el asegurado gozará de un periodo de gracia de quince días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Si no hubiese sido pagada la prima dentro del término convenido, cesarán automáticamente los efectos de la póliza a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

⑦ REINTEGRACIÓN DE LA POLIZA

En caso de cese de cobertura por falta de pago el Asegurado podrá solicitar su reintegración. La compañía tendrá el derecho de valorar la procedencia de la reintegración. Para solicitar la reintegración el asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

A) Escrito de intención de reintegración, la cual deberá ser enviada al correo electrónico: seguro@pr1merotusalud.com

B) Informe médico actualizado.

La compañía valorará la información presentada y dictaminará la procedencia de reintegración de la póliza, respetando la fecha de vigencia original, así como las condiciones en las que se realizará la reintegración, dichas condiciones podrán modificar y/o eliminar endosos de la póliza.

En ningún caso, la compañía tendrá obligación de cubrir reclamaciones de gastos médicos generados durante el periodo comprendido una vez concluido el periodo de gracia y la fecha en que surta efecto la reintegración.

Si la póliza no es reintegrada y el Asegurado contrata una nueva Póliza, todas las patologías que se presenten antes de la contratación de la nueva Póliza se considerarán como preexistentes y no se tomará en cuenta la antigüedad de la póliza previa para los periodos de carencia.

⑧ INTEGRIDAD DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La póliza del seguro está integrada, entre otros, por las presentes condiciones generales que a la fecha de su celebración son entregadas al asegurado y son las que regirán la relación contractual mientras esté vigente la póliza, así como los certificados y consentimientos que se agreguen a la misma.

⑨ MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Ningún cambio o modificación a la póliza será válido, a menos que haya sido aprobado por las partes mediante endoso. En consecuencia, ninguna persona no autorizada por la aseguradora podrá cambiar o modificar las condiciones generales o beneficios del seguro.

⑩ PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la póliza de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha que les dio origen conforme al Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción, consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

⑪ DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA

Toda documentación enviada para comprobación de un evento, deberán ser verificadas por el Asegurado previo a su envío. Una vez recibida la documentación esta no podrá modificarse por el asegurado o el medico responsable.

Al enviar documentación comprobatoria el Asegurado Concede y autoriza a los médicos que lo hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento del caso para que proporcionen a FIRCAP SC | pr1merotusalud, aun cuando no exista una orden judicial o administrativa, a proporcionar toda la información referente a los antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que FIRCAP SC | pr1merotusalud lo considere oportuno. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a FIRCAP SC | pr1merotusalud la información de su conocimiento y que a su vez FIRCAP SC | pr1merotusalud proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

⑫ EDAD

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se aplicarán las siguientes reglas:

A. Si el asegurado declara inexactamente su edad, pero está dentro de los límites de aceptación fijados, tendrá plena cobertura de seguro conforme a las condiciones estipuladas.



CONDICIONES GENERALES

B. Si el asegurado declara inexactamente su edad y se comprueba que estaba fuera de los límites de aceptación de edad, la cobertura dejará de tener efectos y la obligación de la aseguradora se reducirá al pago de la reserva matemática.

C. Para efectos de la póliza se considera como edad real del asegurado el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

D. La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse legalmente cuando así lo juzgue conveniente la compañía.

E. Una vez efectuada la comprobación, la compañía hará la anotación correspondiente y no tendrá derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de edad.

13 MONEDA

Los pagos que el asegurado y la compañía deban hacerse conforme a la póliza se liquidarán en moneda nacional de acuerdo con la Ley Monetaria Vigente en el momento en que se efectúen los mismos.

14 COMUNICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con la presente póliza deberá hacerse por escrito a la compañía en el lugar señalado como su domicilio en la carátula de la póliza. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la compañía llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al asegurado la nueva dirección para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la compañía y para cualquier otro efecto legal. Los requerimientos y comunicaciones que la compañía deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca la compañía.

15 COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la compañía. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante la referida instancia o directamente ante un tribunal. Lo anterior dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la compañía a satisfacer las pretensiones del usuario. De no someterse las partes al arbitraje, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante un tribunal, en caso de que el reclamante opte por demandar, se someterán a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de México, renunciando a cualquier otra competencia, por razón de sus presentes o futuros domicilios.

16 UNIDAD ESPECIALIZADA

El Asegurado podrá presentar sus consultas y reclamaciones relacionadas con la Póliza de Seguro en la Unidad Especializada de pr1merotusalud | Seguros Médicos, al correo electrónico: fircap@pr1merotusalud.com

17 ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

La compañía entregará al asegurado la póliza y tarjeta de forma digital en formato PDF (portable document format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al efecto provea el solicitante o asegurado en siete días naturales, en el caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que la misma deberá entregarse al día hábil inmediato siguiente.

En caso de que el asegurado requiera un duplicado de su póliza física podrá solicitarla al correo electrónico: seguro@pr1merotusalud.com.

La póliza que se emita junto con el cargo efectuado a la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del asegurado, podrán ser utilizados como medios de prueba para hacer constar la celebración o renovación del seguro.

18 CLÁUSULA DE RESIDENCIA

La compañía no celebrará pólizas de seguros con personas que residan fuera de la República Mexicana, entendiéndose por residencia el lugar en donde la persona tiene su principal asiento para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones.



CONDICIONES GENERALES

(VII.) DERECHOS ADICIONALES DEL ASEGURADO

En la compañía siempre buscamos la protección de nuestros clientes, por lo que queremos orientarle durante todo el proceso de adquisición y uso del seguro. Es por ello que a continuación le informamos los derechos que tiene como cliente, antes, durante y después de adquirir el seguro.

Reciba el detalle de las condiciones generales del seguro a adquirir, incluyendo el alcance de las coberturas, límites de la suma asegurada, periodos de carencia o cualquier condición que incluya el seguro, así como las formas de conservación y terminación del seguro.

Adicionalmente las condiciones generales estarán a su alcance de forma permanente en nuestra página web: www.pr1merotusalud.com

MEMBRESIA ASESORÍA MÉDICA

EQUIPO DE ASESORÍA DEDICADO A SU SALUD

Se proporcionará al asegurado información, asesoría y orientación vía telefónica, a través del número telefónico 800 999 1290 a nivel nacional, asignado para la comunicación con el asegurado las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos.

Los beneficios del servicio son:

- Referencia a consultas médicas telefónicas.
- Referencia de médicos de diferentes especialidades.
- Referencia de hospitales, laboratorios, y farmacias.
- Referencia de médicos generales que realicen visitas a domicilio.
- Descuentos con diversos proveedores del área de salud.

Los beneficios anteriores se proporcionarán sin límite de eventos.

REFERENCIAS MÉDICAS

A solicitud del asegurado, se proporcionará telefónicamente referencias a establecimientos y un amplio directorio de médicos pertenecientes a todas las especialidades dentro de la República Mexicana. Los descuentos para los asegurados serán de hasta el 25% sobre el precio de al público. También podrá realizar una búsqueda desde nuestro sitio web: www.pr1merotusalud.com

REFERENCIAS HOSPITALARIAS

A solicitud del asegurado, se proporcionará telefónicamente, referencias a un amplio directorio de hospitales dentro de la República Mexicana.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Se ofrece el servicio de segunda opinión médica de forma remota con especialistas nacionales, información sobre diagnóstico y métodos terapéuticos disponibles a nivel nacional.

MEMBRESIA ASESORÍA MÉDICA MOVIL

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Se proporcionará al asegurado información, asesoría y orientación vía telefónica, a través del número telefónico (800)-999-1290 a nivel nacional, asignado para la comunicación con el asegurado las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos, en el uso de medicamentos, primeros auxilios, enfermedades, nutrición, patologías, esquema de vacunaciones y/o problemas de salud en general.



CONDICIONES GENERALES

Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el médico en ningún caso y por ningún motivo recetará medicamentos controlados.

Los beneficios de este servicio son:

- Asesoría en medicamentos, dosis, efectos secundarios, prescripciones e interpretación de exámenes de laboratorio.
- Asesoría sobre alguna patología.
- Orientación sobre el uso de medicamentos.
- Orientación de primeros auxilios.
- Orientación sobre vacunación.

Los beneficios anteriores se proporcionarán sin límite de eventos.

DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS Y ENVÍO A DOMICILIO SIN COSTO EN CIUDADES SELECCIONADAS DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

Medicamentos de patente hasta con un 15% de descuento sobre el precio de venta al público. No es de aplicación si el producto se encuentra en promoción. Limitado sin costo de envío para algunas ciudades de México. Ilimitado durante la vigencia de la póliza. Servicio proporcionado por: (VITAU).

USO DE AMBULANCIA TERRESTRE POR EMERGENCIA

El asegurado tendrá derecho a reclamar el pago del uso de ambulancia en caso de emergencia y hospitalización, limitado a un evento al año.

MEMBRESIA DE GASTOS MÉDICOS MENORES

COBERTURA POR GASTOS MÉDICOS MENORES

Se proporcionará al asegurado una cobertura por gastos médicos menores del 10%.

- Gastos médicos que no requieran una estancia hospitalaria mayor a 24 horas.
- Estudios de laboratorio, gabinete o biopsias previos a un diagnóstico.
- Consultas médicas y medicamentos no relacionadas a padecimientos preexistentes o crónicos.

FIRCAP S.C., pr1merotusalud | Seguros Médicos, cubre al asegurado por los beneficios contratados de acuerdo a las políticas del seguro, en los términos y condiciones de la póliza así como en los endosos que formen parte de ella. -- FIN DE LA PÓLIZA

