

CONDICIONES PARTICULARES PLAN PLUS 5000

PRESTACIONES Y BENEFICIOS MÉDICOS AMPAROS Y CARENCIAS

PERIODOS DE SERVICIO:

A las 24 horas:

Atención de emergencia vital
Atención ambulatoria por accidente
Hospitalización Clínica y Quirúrgica por accidente
Ambulancia Terrestre

Al Mes:

Atención Ambulatoria por enfermedad:

- Consulta Médica General y de Especialidad
- Exámenes de Laboratorio e imágenes
- Rayos X
- Medicamentos genéricos
- Medicamentos no genéricos

A los 3 Meses:

Hospitalización Clínica y Quirúrgica por enfermedad:

- Honorarios médicos
- Cuarto y Alimento
- Medicamentos e Insumos
- Laboratorio e imágenes
- Exámenes complementarios de diagnóstico
- Cuidados Intensivos
- Fisioterapia y Rehabilitación
- Consultas Psicológicas o Psiquiátricas
- Ayudas Ortopédicas

A los 10 Meses:

- Control Prenatal
- Parto Normal
- Cesárea
- Cuidados de recién nacido (durante los primeros 14 días de vida)
- Post-parto
- Ligadura
- Vasectomía

Toda Asistencia Médica está sujeta al Certificado de Asistencia Médica, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Tabla de Beneficios, la Solicitud Principal de Asistencia Médica, la Declaración de Salud y cualquier Rectificación o Anexo adjunto, constituyen y forman parte integrante de este Contrato.

ACLARACIÓN DE CONDICIONES

A continuación precisamos algunos aspectos de las Condiciones Generales para su mejor comprensión y aplicación.

SEGUNDA.- DEFINICIONES GENERALES

DEPENDIENTE: Los hijos dependientes nombrados en el contrato no pueden tener trabajos en relación de dependencia o estar afiliados al Seguro Social para poder ser elegibles de los beneficios del contrato.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Aquella que requiere tratamiento médico por un periodo indeterminado

ENFERMEDAD CONGENITA: Toda patología, sus secuelas y/o complicaciones iniciadas durante la vida intrauterina, que se haya manifestado en el nacimiento o con posterioridad al mismo.

TERMINACION DE CONTRATO: Sin perjuicio de lo estipulado en este contrato, este contrato podrá terminarse mediante notificación escrita con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de terminación deseada. Si a la fecha del término el Contratante o usuario estuviesen gozando de algún servicio, este se suspenderá automáticamente. Por falta de pago de una o más aportaciones o cuando el afiliado no se pone al día en sus pagos para mantener la vigencia de su contrato dentro de los 30 días contados a partir de la fecha que reciba la factura correspondiente.

TERCERA.- OBJETO

PAGO DE CUOTAS: Las cuotas son mensuales y deberán ser pagadas por anticipado dentro de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha de facturación. Si el pago ocurre posteriormente, se considerará que la cuota está vencida y en estado de morosidad, por lo tanto todos los gastos de salud incurridos por el afiliado durante este periodo de mora no serán reembolsados. Un reembolso negado por esta razón no puede ser solicitado nuevamente. Los pagos realizados con cheque o tarjeta de crédito u otro modo de pago, no se refutan válidos sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae a la fecha de recepción del documento, en caso de resultar devueltos por falta de fondo o cupo, se considerarán impagos. Si un contrato se da por terminado por encontrarse impago y el afiliado desea volver a tener servicio, deberá firmar un nuevo contrato y someterse nuevamente a los periodos de carencia.

En aquellos casos que las cuotas están determinadas por grupos etarios es aplicable la cuota correspondiente a la edad cumplida. Cuando el beneficiario cumple años y cambia el grupo etario aplicable, se factura la cuota correspondiente al nuevo grupo etario a partir de mes calendario siguiente al mes en que el beneficiario cumplió años.

ELEGIBILIDAD: Se consideran elegibles las personas hasta 64 años cumplidos para ser beneficiarios de contratos nuevos o de ser incluidos en contratos Pool. Son elegibles personas mayores de 65 años hasta los 75 años en contratos individuales. Todos los beneficios del contrato se reducen al 50% de lo indicado en la Tabla de Beneficios a partir de cumplir la edad de 65 años.

En caso de Planes POOL deben mantener una relación laboral fija con el Contratante; deben estar incluidos en el Contrato no menos del 80% de las personas elegibles

CUARTA.- PRESTACIONES Y BENEFICIOS MÉDICOS AMPARADOS

Las solicitudes de reembolso de gastos médicos deben ser por diagnósticos científicamente aceptados y codificados por la organización de Salud Mundial en la versión corriente del Código Internacional de Enfermedades (CIE). Los medicamentos reembolsables deben constar en los respectivos listados de Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Las solicitudes de reembolsos deben ser enviadas a la Compañía por escrito dentro plazo máximo de 90 días contados a partir de la fecha en la que el afiliado incurra en el primer Gasto Médico cubierto. La Empresa atenderá la solicitud de reembolso en un plazo no mayor a los 10 (diez) días laborables.

Para acceder al beneficio de crédito hospitalario con proveedores de la red de convenios de AAUG del Ecuador es indispensable de proporcionar la información médica pertinente en caso de accidentes o emergencias y, en caso de intervenciones programadas, de presentar un presupuesto de costos detallado con un mínimo de 72 horas de anticipación

QUINTA.- EXCLUSIONES

La exclusión de cualquier beneficio relacionado con enfermedades preexistentes incluye enfermedades que se han manifestadas o han sido diagnosticadas antes del inicio del contrato o dentro del periodo de carencia.