



MANUAL DEL AFILIADO

ÍNDICE

INDICACIONES	50
CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PROGRAMA Salud Administrada	50
1. Elección del médico responsable de su Programa de Salud	50
2. Tarjeta de Identificación	50
3. Cita con Médicos de Cuidados Primarios	51
4. Funciones del Médico de Cuidados Primarios	51
5. Funciones del Odontólogo de Cuidados Primarios	51
6. Beneficios de farmacia y servicios auxiliares de diagnóstico	52
7. Referencia para visitar a un Médico Especialista o para..... Internarse en un Hospital	52
8. Atención a Afiliados: Información del Programa Salud..... Administrada por Teléfono “INFOSAT”	54
9. Derechos y Responsabilidades del Afiliado	56
10. Programa de Aseguramiento de la Calidad en la Atención	57
11. Red de Proveedores	58
CAPÍTULO II. PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS	58
1. Coberturas	58
2. Beneficios Adicionales.....	62
3. Coberturas Adicionales.....	64
CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS	70
1. Copagos.....	70
2. Urgencias.....	70
3. Procedimiento para el pago de reclamaciones.....	71
4. Quejas	73
5. Relación con otros programas de salud	74
6. Causas de rescisión	75
7. Rehabilitación.....	75
8. Renovación	76
9. Prescripción	77
10. Competencia	77
11. Listado de encargados de la unidad especializada en la	77
atención de consultas y reclamaciones de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.	

INDICACIONES

El MANUAL DEL AFILIADO 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 Administrada.

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.

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

CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PROGRAMA Salud Administrada

1. ELECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU PROGRAMA DE SALUD

Una vez que haya seleccionado a su Médico y Odontólogo de Cuidados Primarios (dependiendo de las coberturas contratadas) éstos se harán cargo de su Programa de Salud. 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 y contemplados en el Programa de Salud contratado.

Si no eligió a su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios, nuestra compañía le asignará uno al momento de ingresar, no obstante que en cualquier momento podrá cambiarlo por el que mejor le parezca.

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 Salud Administrada contratado, en sus visitas al médico, hospital, farmacia o servicio auxiliar de diagnóstico.

Esta Tarjeta incluye: su nombre y el de su Médico de Cuidados Primarios, tipo de Programa y Plan de Salud contratado, así como los servicios y copagos correspondientes que lo cubre, y el número de nuestra línea de Atención a Afiliados “INFOSAT” (Información del Programa de Salud Administrada por Teléfono). En caso de robo o extravío, favor de comunicarse inmediatamente a “INFOSAT” 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 afiliado afectado.

3. CITA CON MÉDICOS DE CUIDADOS PRIMARIOS (Solo en caso de estar contratada la cobertura y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)

Las primeras citas con su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios deberán ser concertadas a través de "INFOSAT", las citas 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 (Solo en caso de estar contratada la cobertura y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)

El Médico de Cuidados Primarios será el responsable de coordinar todos los aspectos de su atención médica, incluyendo las autorizaciones o referencias a Especialistas, Hospitales y demás servicios tales como: Laboratorio, Rayos x, etc.

Además de proporcionar y coordinar los servicios cubiertos por su Programa de Salud, 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 de Ambulancia.
- Autorización de Servicio de Urgencia.

Referencias a:

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

5. FUNCIONES DEL ODONTOLOGO DE CUIDADOS PRIMARIOS (Solo en caso de estar contratada la cobertura y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)

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 son 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. Salud Administrada 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, Salud Administrada le ofrece recibir estos servicios a costos preferenciales, siendo su Odontólogo de Cuidados Primarios quien lo refiera.

6. BENEFICIOS DE FARMACIA Y SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (Solo en caso de estar contratada la cobertura y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)

Si su médico le proporciona una Receta Médica u Orden para algún Servicio Auxiliar de Diagnóstico, usted podrá surtirla en cualquiera de las farmacias o laboratorios participantes (consultar Red de Proveedores), según sea el caso.

Con la orden o receta que le otorgue su médico tratante podrá acudir a éstos y recibir los medicamentos o servicios, liquidando únicamente el copago correspondiente (consultar carátula de póliza y/o certificado o bien al reverso de su credencial de identificación).

La Orden de Servicio para un Auxiliar de Diagnóstico tiene una vigencia de 5 días hábiles y la Receta tiene una vigencia de 72 horas después de la fecha de su expedición. Al recibir los medicamentos es muy importante verificar la no caducidad de los mismos y que sean estrictamente los indicados.

Para la realización de algunos estudios de diagnóstico (Análisis, Radiografías, Electros, Tomografía, Etc), se debe solicitar previamente información relacionada con las condiciones en que se deberán presentar los Afiliados, para la adecuada realización de los mismos.

En caso de duda comuníquese con su médico tratante o a “INFOSAT”.

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, Compañía de Seguros S.A., usted podrá elegir el hospital de la Red de Proveedores, notificándolo a "INFOSAT", 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.
- b) Presente su Tarjeta de Identificación como Afiliado de Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. acompañada de alguna otra identificación oficial con fotografía.
- c) Solicite en recepción que se le asigne un cuarto privado estándar o su equivalente.
- d) Proporcione los datos que le sean requeridos.
- e) 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 liquidar en 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 a las condiciones del Programa de Salud, solicitándonos posteriormente su Reembolso.***

Cabe señalar que si su Póliza y/o Certificado 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 dé 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, Compañía de Seguros, S.A. 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.

Únicamente quedarán a cargo del afiliado, los gastos personales, los no cubiertos por la Póliza y/o Certificado (alimentos extras, habitación diferente a la estándar, pañales, toallas sanitarias, llamadas de larga distancia, etc.) y el copago que corresponda dependiendo del plan contratado (consultar carátula de póliza y/o certificado o bien al reverso de su tarjeta de identificación).

8. ATENCIÓN A AFILIADOS: INFORMACIÓN DEL PROGRAMA Salud Administrada POR TELÉFONO “INFOSAT”

En “INFOSAT” estamos a sus órdenes para aclarar cualquier duda y asistirlo en lo que necesite. Esto ayudará a evitar malos entendidos e interpretaciones erróneas. Por favor no dude en llamarnos si se presenta algún problema o queja, nuestro personal de Atención a Afiliados está familiarizado con las políticas y procedimientos para resolver rápidamente su situación ya sea administrativa o médica. (Ver teléfonos al reverso se la credencial de identificación del afiliado)

Los servicios que “INFOSAT” (Información de Salud Administrada por Teléfono) le proporciona son:

A. ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIA, LAS 24 HORAS LOS 365 DÍAS DEL AÑO

En “INFOSAT” 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.

B. 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 Afiliados 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 "INFOSAT", la(s) causa(s) de su cambio para poder llevar un Control de la Calidad en el Servicio de médicos. Dicha información será confidencial.

C. SISTEMA DE PROGRAMACIÓN DE CITAS

Las primeras citas con su Médico u Odontólogo de Cuidados Primarios deberán ser programadas y concertadas a través de "INFOSAT", las citas subsecuentes las solicitará usted mismo directamente con su médico.

D. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Si tiene alguna duda acerca de los servicios que cubre su Programa de Salud, el personal de Atención a Afiliados cuenta con las Coberturas de cada tipo de Programa y Plan, sus costos y copagos, así como la lista de Proveedores Participantes (médicos, hospitalares, laboratorios, farmacias, rayos-x, etc.).

E. 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 Salud Administrada, sólo tendrá que contestar algunas preguntas. Nuestra finalidad al aplicar estas encuestas es conocer oportunamente nuestro desempeño, por el bien de nuestros Afiliados.

F. 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, Compañía de Seguros, S.A. 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 3 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 Afiliados (INFOSAT), está para servirle!

9. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. se compromete a cumplir con su Programa de Salud otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Como Afiliado de Salud Administrada, 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 cortes y responsable.
- Privacidad y Confidencialidad; todos los servicios a los que acuda, se conservarán en profundo respeto a la privacidad, así mismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.
- Seguridad personal, el afiliado 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 este y sobre cualquier cargo por el cual sea usted responsable.
- El afiliado tiene el derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.
- El afiliado 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 terapéuticos, informándosele 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 afiliado 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. El 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 los Programas de Salud que, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. implemente y, a recibir respuestas de manera oportuna.

USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

- Comprender completamente la información otorgada por su Programa Salud Administrada con respecto a los beneficios otorgados.
- Conocer el uso correcto de los Servicios y Beneficios de su Programa Salud Administrada.
- Presentar previamente su Tarjeta de Identificación Salud Administrada 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 a la oficina del médico si tendrá que llegar tarde o si no le es posible acudir.
- Pagar todos los cargos, si los hay, de acuerdo al plan contratado, 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 rehuse 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, Compañía de Seguros S.A. o de la Red de Proveedores.
- Notificar con oportunidad a las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., 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 según el Programa y Plan contratado, 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 Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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

Junto con su póliza y/o certificado usted recibirá un Directorio con el Listado de Proveedores autorizados que integran nuestra Red, el cual incluye los Nombres, Direcciones y Teléfonos de los mismos, brindándole con ello, la oportunidad de escoger el que mejor cubra sus necesidades.

CAPÍTULO II. PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

1. COBERTURAS

Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. proporciona los siguientes servicios a sus Afiliados 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. (Solo en caso de estar contratados y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**
- 3. Maternidad (Solo en caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**
- 4. Servicios Odontológicos (Solo en caso de estar contratados y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**
- 5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Solo en caso de estar contratados y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**
- 6. Medicamentos (Solo en caso de estar contratados y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**
- 7. Hospitalización. (Solo en caso de estar contratados y se indique en la carátula de la póliza y/o certificado)**

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE DIEZ MESES:

Los gastos por tratamiento médico quirúrgico para planificación familiar definitiva (Vasectomía y Salpingooclásia); 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: Amigdalas y/o Adenoides; Padecimientos Anorrectales; Cirugía funcional de nariz y/o senos paranasales en caso de enfermedad, previa valoración y autorización de la compañía; Circuncisiones; Litiasis renal y/o de vías urinarias; Hernias; Padecimientos de la Columna Vertebral; Tratamientos Quirúrgicos u Oncológicos del Piso Perineal, Genitales internos y externos; Padecimientos Prostáticos; Padecimientos de Vesícula y Vías biliares; Tumoraciones Mamarias; Varices; Padecimientos de Rodilla

GASTOS CUBIERTOS CON PERIODO DE ESPERA DE 5 AÑOS

El diagnóstico y tratamientos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, quedarán cubiertas a partir del 5º 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 Salud Administrada

El Programa Salud Administrada no cubre los siguientes:

- 1. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.**
- 2. Gastos realizados por acompañantes del Afiliado durante su internamiento en clínica, sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio Afiliado que no tengan relación con el motivo del internamiento.**
- 3. Padecimientos preexistentes, según se define en esta Póliza, así como la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.**
- 4. Abortos y legrados por aborto que no sean autorizados por el Médico de Cuidados Primarios del Afiliado.**
- 5. Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- 6. Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualesquiera 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.

7. Diagnóstico y tratamiento para el Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, sin perjuicio de lo indicado en gastos cubiertos con período de espera de 5 años.
8. 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 estipulado en las Condiciones Generales sobre este punto.
9. Tratamiento médico o quirúrgico por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción, tratamientos de infertilidad o esterilidad.
10. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones y/o enfermedades congénitas, a excepción de los Afiliados nacidos durante la vigencia de Póliza, se cumpla con el periodo de espera de 10 meses previos de cobertura ininterrumpida, el parto haya estado cubierto por el programa, y el ingreso del menor se registre dentro del plazo estipulado.
11. Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
13. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epikeratofaquia, (tratamientos y transplantes cornáceos).

- 14. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
- 15. Ambulancia Aérea.**
- 16. Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Afiliado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.**
- 17. Lesiones sufridas por el Afiliado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- 18. Lesiones que el Afiliado 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.**
- 19. Lesiones que el Afiliado 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.**
- 20. Padecimientos o lesiones por accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Afiliado cuando se encuentre bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no hayan sido prescritos por el médico tratante.**
- 21. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 22. Lesiones sufridas por el Afiliado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al participar directamente el Afiliado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Así mismo se excluye el terrorismo cuando el afiliado participa como sujeto activo del mismo.**
- 23. Apoyos Diagnósticos, Tratamientos médicos o Quirúrgicos de padecimientos por disfunción sexual.**

- 24. 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.**
- 25. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, 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 30 días de ocurrido.**
- 26. Implantes dentales de cualquier tipo.**
- 27. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de padecimientos y/o alteraciones de todo tipo, de la articulación temporo mandibular.**
- 28. Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene buco-dental tales como: cepillos e hilo dental, pastillas o productos reveladores de placa, enjuagatorios, productos para blanqueamientos dentales, etc., siendo estos algunos ejemplos enunciativos más no limitativos.**
- 29. Medicamentos del grupo de los Antidepresivos, Anticonceptivos, Tranquilizantes, Ansiolíticos, Anorexigénicos, Tratamientos contra la Infertilidad, Disfunción Sexual, Cosmiátricos, 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.**

2. BENEFICIOS ADICIONALES

Nombramos Beneficios Adicionales a aquellos valores agregados que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. brinda a sus Afiliados al Programa Salud Administrada, sin costo alguno, ejemplo de ellos son:

A) LÍNEA TELEFÓNICA DE ATENCIÓN A AFILIADOS, denominada “INFOSALUD”.

Los servicios que el Módulo Telefónico “INFOSALUD” (*Información del Programa de Salud*) proporciona son:

1. Orientación Médica y administrativa de Urgencia, las 24 horas los 365 días del año
2. Selección, verificación o cambio de Médicos de Cuidados Primarios en horas y días hábiles.
3. Sistema de programación de citas,
4. Información administrativa,
5. Encuestas de servicio a clientes,
6. 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 Afiliado o por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., en caso de controversia en cuanto al diagnóstico médico entre ambas partes.

C) LIBRE ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. proporciona a sus Afiliados 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 Afiliados que hayan estado cubiertos por una póliza y/o certificado de Gastos Médicos o un programa de salud similar o afín a Salud Administrada de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., por un período continuo e ininterrumpido mayor a 1 año, siempre y cuando éste no haya permanecido sin cobertura más de 30 días naturales desde el último término de vigencia, todo esto con el fin único de eliminar los períodos de espera especificados en el numeral 1 “Coberturas”, del Capítulo II “Principales Servicios Cubiertos y No Cubiertos”.

Este beneficio no aplica para el reconocimiento de antigüedad de la 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 Afiliados, para aumentar sus beneficios con costo extra:

1. ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en el certificado correspondiente).

Esta cobertura otorga beneficios de asistencia en caso de Accidente o repentina Enfermedad de los Afiliados de **General de Salud**, Compañía de Seguros, S. A., 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 afiliado 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, Compañía de Seguros, S. A. designe para tal fin, No se aceptarán reclamos por reembolsos.

I. BENEFICIOS DE ASISTENCIA

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.

Garantía de Admisión a un Hospital: “El PROVEEDOR” verificará que el asegurado cuente con una póliza vigente, así como las coberturas contratadas; en caso de no tener la cobertura y que así lo requiera la aseguradora, el “PROVEEDOR” 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.

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.

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.

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

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.

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.

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.

Transmisión de Mensaje de Emergencia: “El PROVEEDOR” recibirá y transmitirá mensajes de emergencia de/a la casa.

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.

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.

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

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.

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.

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.

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.

La Empresa 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:

- **Viajes iniciados específicamente para recibir tratamiento médico**
- **Lesiones que resulten de la participación en actos de guerra o insurrecciones**
- **Si se comete un acto ilegal, cuando el asegurado sea el provocador.**
- **Intento de suicidio**
- **Incidentes que involucren el uso de drogas a no ser que éstas sean recetadas por un médico**
- **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:

- **Sin autorización médica**
- **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**

- **Con un embarazo de más de seis meses**
- **Con trastornos mentales o nerviosos a no ser que sea hospitalizado**
- **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.**
- **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 de grupo, 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 afiliado con la aseguradora y dicha aseguradora 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 el certificado correspondiente).

Mediante la obligación del pago de esta cobertura, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. reembolsará las erogaciones realizadas por el Afiliado 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 MAXIMO: El Beneficio Máximo de esta cobertura será el equivalente en moneda nacional de \$50,000 U.S.D. El deducible para esta cobertura será el equivalente en moneda nacional de \$50 U.S.D.

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 MEDICA: Cualquier alteración de la salud del Afiliado, 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 a las condiciones de su Programa de Salud.

Por concepto de habitación, quedará cubierta la tarifa correspondiente a “cuarto semiprivado”.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., 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 médicaamente 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 2 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.**

CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS

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

1. COPAGOS (Según el Tipo de Plan)

Los copagos son determinados por el Plan Salud Administrada que el Contratante haya seleccionado, este aplica a todos los Afiliados y sus dependientes.

Una lista detallada de los servicios que requieren copago la encontrará en la Carátula de la Póliza y/o en su Certificado.

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.

2. URGENCIAS

Al presentarse una situación de urgencia al Afiliado, éste se deberá comunicar primero con su Médico de Cuidados Primarios, si no le es posible localizarlo podrá llamar a nuestra línea “INFOSAT” 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 Afiliado 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, Compañía de Seguros, S.A. cubrirá los servicios de urgencia, aún de los proveedores no participantes, hasta que el Afiliado pueda ser estabilizado y salir o ser transferido a un hospital participante. El Afiliado notificará a las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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, Compañía de Seguros, S.A. 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 afiliado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo al Programa de Salud y Plan contratado

B) Sistema de Pago por Reembolso.

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

Es obligación del Afiliado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. en el curso de los primeros 3 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

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, donde el estado de salud del Afiliado 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 afiliado 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 indemnizaciones que resulten conforme a este Sistema serán liquidadas, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo a los aranceles vigentes de la compañía en la plaza, en el curso de los 30

días naturales siguientes a la fecha en que General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 y/o Certificado, se reembolsarán hasta el agotamiento del Beneficio Máximo contratado.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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 Afiliado, así como los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios u hospitales debidamente autorizados.

Todas las indemnizaciones cubiertas por el Programa de Salud serán liquidadas a cada Afiliado o a quien éste haya designado, con la presentación de carta poder, en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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, Compañía de Seguros, S.A.

Procedimiento de trámite de reclamaciones al no utilizar nuestra Red de Proveedores

Es obligación del Afiliado, dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. en el curso de los primeros 3 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. y por cuenta del Afiliado, la realización del evento que origina la reclamación.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Afiliado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. y, que el Certificado 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 Afiliado que recibió la atención médica o por el Afiliado 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 Afiliado 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 Afiliado que recibió la atención médica o a nombre del Afiliado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y facturas de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, ambulancia, gastos realizados fuera del hospital, etc.).

d) Acta del 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, Compañía de Seguros, S.A. una vez pagada la indemnización 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 Afiliado.

Cualquier duda que tenga acerca de este procedimiento, le recomendamos llamar a nuestra línea de Atención a Afiliados estamos para ayudarlo.

4. QUEJAS

En caso de queja:

- 1) El afiliado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. 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, Compañía de Seguros, S.A., 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 30 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:

- 1) El afiliado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. o ante cualquiera de sus encargados en las diferentes sucursales u oficinas.
- 2) 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 30 días hábiles para dar respuesta, contados a partir de la fecha de recepción de la consulta.

5. RELACIÓN CON OTROS PROGRAMAS DE SALUD

El Afiliado tiene obligación de dar aviso por escrito a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., sobre toda cobertura de Gastos Médicos o Programa de Salud que contrate o haya contratado cubriendo los mismos riesgos o servicios, además del nombre de la(s) Compañía(s) que proporcione(n), deberá proporcionar el tipo de cobertura, las sumas aseguradas y beneficios contratados.

Si el Afiliado omitiera intencionalmente el aviso de que trata esta cláusula, o si él contratara diversas coberturas para obtener un provecho ilícito, General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de reclamación, si las Coberturas y Beneficios proporcionados por esta Póliza o Certificado estuviesen amparadas en todo o en parte por otras Coberturas, en esta u otras Compañías, las reclamaciones pagaderas en total por todas las Pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos, para lo cual, en caso de que otra Compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Afiliado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes así como del finiquito elaborado por la otra Compañía.

6. CAUSAS DE RESCISIÓN

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. podrá rescindir de pleno derecho el presente contrato, cuando conozca las siguientes causas:

- A) Por cualquier omisión o inexacta declaración del Contratante o Afiliados en relación a los hechos que refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro , aunque no hayan influido en la realización del riesgo.
- B) En caso de que el Contratante o Afiliados, con el fin de hacer incurrir en el error a General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. disimulen o declaren inexactamente hechos que puedan excluir o restringir las obligaciones plasmadas en las Condiciones Generales. Observándose lo mismo, en caso de que con igual propósito no se remita la documentación que sea solicitada.

General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. comunicará por escrito al Contratante o Afiliados, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.

- C) Por falta de pago de la prima o su fracción en caso de pago en parcialidades, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 14. PAGOS inciso B) PRIMA de las Condiciones Generales.
- D) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en las Condiciones Generales.

7. REHABILITACIÓN

En caso de que los beneficios de este Programa hubieren cesado por falta de pago de las primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación, requisitando el formato correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose General de Salud, Compañía de Seguros, S. A. la aprobación de la misma, en cuyo caso su vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado periodo de gracia y el momento en que se determine rehabilitada dicha póliza.

Sin embargo si junto a la solicitud, el Contratante manifiesta expresamente que este seguro conserve su vigencia original, la compañía calculará a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo.

En los casos que opere la rehabilitación, se considerará que el periodo de cobertura se ha interrumpido, por lo que reiniciará la aplicación de periodos de espera.

8. RENOVACIÓN

Esta póliza podrá ser renovada por períodos de un año, previa solicitud por escrito del contratante, dentro de los últimos 30 días de vigencia de la póliza existente, de acuerdo a los planes, tarifas, programas y condiciones generales que en ese momento se encuentren vigentes, la edad máxima de renovación podrá ser hasta los sesenta y nueve años cumplidos.

Adicionalmente el afiliado perderá el beneficio señalado en la cláusula de renovación a que se refiere el párrafo anterior, si la Aseguradora comprueba que hubo dolo, mala fe u omisiones o inexactas declaraciones de acuerdo a lo estipulado en el apartado correspondiente de las condiciones generales.

En la renovación de la póliza no debe entenderse que el seguro se prorroga en cuanto a su vigencia respetando los mismos términos y condiciones en que se contrató el seguro originalmente.

Los cambios que a la renovación podrá presentar la póliza, están directamente asociados tanto a la prima como a las coberturas y las características de dichas coberturas.

Las renovaciones se sujetarán a condiciones de aseguramiento congruentes con la Póliza inmediata anterior en cuanto a Suma Asegurada, Participación del Asegurado y Plan. Dichas condiciones serán las que General de Salud, Compañía de Seguros S.A. tenga registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de inicio de vigencia de cada renovación.

Las condiciones que se otorgarán mediante el proceso de renovación son:

- **La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.**
- **Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.**
- **Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.**

9. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos señalados en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

10. COMPETENCIA

En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro médico, las aseguradoras deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o La Compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

11. LISTADO DE ENCARGADOS DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA EN ATENCIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMACIONES DE General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

1.- SUCURSAL TIJUANA. DIRECCIÓN: CALLE EDMUNDO O'GORMAN No. 10402, ZONA RIO, C.P. 22320 TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

2.- SUCURSAL MEXICALI. DIRECCIÓN: AV. COLÓN No. 898 ESQ. CALLE "A", COL. NUEVA, C.P. 21100, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

3.- OFICINA NOGALES. DIRECCIÓN: AV. KENNEDY No. 80, LOCAL 15, ESQ. FRAY MARCOS DE NIZA, COL. KENNEDY, NOGALES, SONORA.
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

4.- SUCURSAL HERMOSILLO. DIRECCIÓN: BLVD. NAVARRETE No. 34, ESQ. IGNACIO ROMERO, COL. VALLE ESCONDIDO, C.P. 83200, HERMOSILLO, SONORA.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

5.- SUCURSAL CD. OBREGÓN. DIRECCIÓN: PUEBLA No. 168-BIS, COL. CENTRO, ENTRE HIDALGO Y ALLENDE, C.P. 85000, CD. OBREGÓN, SONORA.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

6.- SUCURSAL CHIHUAHUA. DIRECCIÓN: ESTRADA BOCANEGRA No. 2901, ESQ. PASCUAL OROZCO, COL PARQUES SAN FELIPE, C.P. 31203 CHIHUAHUA, CHIH.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

7.- SUCURSAL TORREÓN. DIRECCIÓN: AV. MORELOS NO. 112 PONIENTE, ZONA CENTRO, C.P. 27000, TORREÓN, COAHUILA.
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

8.- SUCURSAL MONTERREY. DIRECCIÓN: RÍO GUADALQUIVIR No. 101, ESQ. RÍO GRIJALVA, COL. DEL VALLE, C.P. 62220, SAN PEDRO GARZA GARCÍA, NUEVO LEÓN.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

9.- OFICINA CULIACÁN. DIRECCIÓN: INSURGENTES NO. 86 SUR, DEPTO. 403, COL. CENTRO SINALOA, C.P. 80129, CULIACÁN, SINALOA.
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

10.-OFICINA AGUASCALIENTES. DIRECCIÓN: BLVD. LUÍS DONALDO COLOSIO No. 310, FRACC. LA CONCEPCIÓN, C.P. 20128, AGUASCALIENTES, AGS.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

11.-OFICINA SAN LUIS POTOSÍ. DIRECCIÓN: AV. HIMNO NACIONAL NO. 1951 PLANTA BAJA, FRACC. TANGAMANGA, C.P. 78260 SAN LUIS POTOSÍ
RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

12.-SUCURSAL GUADALAJARA. DIRECCIÓN: AV. NIÑOS HEROES NO. 2549, COL. JARDINES DEL BOSQUE, C.P. 44520, GUADALAJARA, JALISCO.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

13.-SUCURSAL LEÓN. DIRECCIÓN: CALLE CAÑADA 101, ESQ. PASEO DE LOS INSURGENTES COL. JARDINES DEL MORAL, C.P. 37160, LEÓN, GUANAJUATO.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

14.-SUCURSAL QUERÉTARO. DIRECCIÓN: BLVD. BERNARDO QUINTANA NO. 97 1ER. PISO, COL. VILLAS DEL PARQUE. C.P. 76140, QUERÉTARO.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

15.- SUCURSAL MORELIA. DIRECCIÓN: FRANCISCO MÁRQUEZ, NO. 221, COL. CHAPULTEPEC NORTE, C.P. 58260, MORELIA, MICHOACÁN.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

16.- OFICINA MATRIZ. DIRECCIÓN: AV. PATRIOTISMO No. 266, ENTRE CALLE UNO Y CALLE TRES, 5TO. PISO, COL. SAN PEDRO DE LOS PINOS. C.P. 03800, MÉXICO, D.F.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

17.- SUCURSAL TOLUCA. DIRECCIÓN: V. GÓMEZ FARIAS No. 508, ENTRE JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ Y 5 DE MAYO, COL. SAN SEBASTIÁN, C.P. 50090, TOLUCA, EDO. DE MÉXICO.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

18.- SUCURSAL PUEBLA. DIRECCIÓN: 2 SUR No. 3514, COL. HEXOTITLA, C.P. 72530, PUEBLA, PUE.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

19.- SUCURSAL ORIZABA. DIRECCIÓN: ORIENTE 18 No. 2441, ESQ. INDEPENDENCIA, COL. BARRIO NUEVO, C.P. 94340, ORIZABA, VERACRUZ.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

20.- SUCURSAL MÉRIDA. DIRECCIÓN: AV. PÉREZ PONCE No. 104, ENTRE 21 Y 21-A, COL. ITZIMNA, C.P. 97100, MÉRIDA, YUCATÁN.

RESPONSABLE ESTATAL: LIC. ISRAEL TRUJILLO BRAVO.

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 día 05 de diciembre del 2005, con el número CNSF-H0707-0057-2005/CONDUSEF-000719-01, a partir del día 1 de abril del 2015 con el número RESP-H0707-0021-2015 y a partir del día 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.