



Seguros Salud

Salud Empresarial

Condiciones Generales

I. OBJETO DEL CONTRATO	3
II. DEFINICIONES	3
III. BASES DEL CONTRATO	5
IV. DURACIÓN	6
V. PRIMA	9
VI. REQUISITOS	10
VII. OBLIGACIONES	11
VIII. COBERTURAS	11
IX. COBERTURAS ADICIONALES	16
X. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS	20
XI. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES	22
XII. PRESCRIPCIÓN	22
XIII. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO	23
XIV. OTROS SEGUROS	23
XV. TERRITORIALIDAD	23
XVI. MONEDA	23

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

XVII. NOTIFICACIONES	23
XVIII. COMPETENCIA	23
XIX. INTERÉS MORATORIO	24
XX. RENOVACIÓN	24
XXI. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL	24
PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO	26

“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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009 y del día 25 de febrero de 2019, con el número CGEN-H0704-0001-2019/CONDUSEF-000417-02”.

I. OBJETO DEL CONTRATO

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer, denominado en adelante la Institución, se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de esta Póliza de Seguro de Salud, denominada en adelante Póliza, los gastos por la prestación de los servicios médicos mediante terceros, efectuados durante la vigencia de la Póliza y que estén dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud que más adelante se especifican, que reciban tanto los miembros de la colectividad asegurada como sus dependientes denominados en adelante cada uno de ellos Asegurado.

II. DEFINICIONES

Para la debida interpretación y cumplimiento de este contrato, las partes convienen en adoptar las definiciones siguientes:

1. Asegurado

Miembro de una colectividad asegurable que cumpla con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales.

2. CAT

Centro de Atención Telefónica.

3. Colectividad asegurable

Se refiere al conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente de la celebración del contrato de Seguro y que cumplan con las características definidas en éste.

4. Colectividad asegurada

La constituida por los Asegurados y sus Dependientes que cumplan con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales como se especifica en la cláusula VI. REQUISITOS.

5. Concubinato

Unión de un hombre y una mujer libres de matrimonio, que tuvieren hijos o hubieren vivido juntos como si fueran cónyuges durante por lo menos cinco años consecutivos anteriores a la presentación del Formato de Inscripción y Movimientos.

6. Contratante

Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en la misma.

7. Coordinador Médico

Médico designado por la Institución, para supervisar y autorizar los servicios cubiertos en esta Póliza.

8. Copago

Cantidad de dinero a cargo del Asegurado, que representa una parte del valor de los servicios objeto de este contrato que deberá pagar en efectivo al Proveedor de la Red que los hubiere prestado en el momento de recibir cada servicio, de acuerdo a la Tabla de copagos y límites, que se entrega al Asegurado junto al Manual del Usuario para cláusulas adicionales, credencial y certificado individual. Esta cantidad se encuentra también en la carátula de la Póliza y certificados individuales.

9. Deducible

Cantidad de dinero a cargo del Asegurado, que representa una parte del valor de los servicios objeto de este contrato que deberá pagar en efectivo y con su correspondiente IVA al Proveedor de la Red

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

que los hubiere prestado en el momento de recibir cada servicio, de acuerdo a la Tabla de copagos y límites. Esta cantidad se encuentra también en la carátula de la Póliza y certificados individuales.

10. Dependientes

Siempre que hayan sido aceptados por la Institución haciéndolo constar por escrito en el certificado individual, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- a) El cónyuge, que para efectos de esta Póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- b) Los hijos y nietos solteros del Asegurado y/o de su cónyuge, que dependan económicamente de aquel y por su edad se encuentren dentro de los límites de aceptación señalados en estas Condiciones Generales.
- c) Los padres del Asegurado y/o de su cónyuge que dependan económicamente de aquel.

11. Enfermera de la red

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos, vinculada con la Institución por convenio para proporcionar al Asegurado la atención médica que se encuentre cubierta en esta Póliza.

12. Extraprima médica

Es la cantidad adicional de prima cobrada cuando se ha detectado algún riesgo alto, bajo criterio médico dentro de la colectividad asegurable.

13. Farmacia de red

Establecimiento que cuenta con las licencias sanitarias correspondientes expedidas por la Secretaría de Salud para comercializar medicamentos y que se encuentra vinculado con la Institución por convenio para proporcionar al Asegurado los medicamentos que se encuentren cubiertos en esta Póliza.

14. Hospitalización

Servicios quirúrgicos que requieren hospitalización por más de veinticuatro horas.

15. Listado de medicamentos de la Institución

Relación de medicamentos aprobada por la Institución, elaborada con base en los medicamentos de patente con efecto terapéutico y/o preventivo, autorizados para su uso por la Secretaría de Salud, necesarios para el tratamiento de los servicios que se encuentren cubiertos por esta Póliza.

16. Medicamento

Toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético, que tenga efecto terapéutico y/o preventivo, autorizadas para su uso por la Secretaría de Salud.

17. Medicamento de venta libre

Son aquellos que conforme a la Secretaría de Salud no requieren receta médica para su venta y que se venden en cualquier farmacia o en otro tipo de establecimiento.

18. Médico de la red

Persona autorizada legalmente para ejercer la medicina, vinculada con la Institución por convenio para proporcionar al Asegurado la atención médica y/o quirúrgica que se encuentre cubierta en esta Póliza.

19. Médico de primer contacto (MPC)

Médico de la Red elegido por el Asegurado dentro de los que aparecen en el Directorio de Proveedores proporcionado por la Institución, responsable de prestar parte de los servicios cubiertos y/o referir al Asegurado con los demás Proveedores de la Red. Sólo podrán ser considerados como MPC: médico familiar, médico general, ginecólogo y pediatra.

20. Odontólogo de primer contacto

Odontólogo de la Red elegido por el Asegurado dentro de los que aparecen en el Directorio de Proveedores proporcionado por la Institución, responsable de prestar parte de los servicios cubiertos y/o referir al Asegurado con los demás Proveedores de la Red.

21. Preexistencia

Se considera que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivas ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado, en los términos del **artículo 8** de la **Ley Sobre el Contrato de Seguro**. Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la Póliza.

22. Red de proveedores

Prestadores de servicios médicos, incluyendo los de diagnóstico y de apoyo terapéutico, vinculados con la Institución por convenios, que tienen por objeto proporcionar al Asegurado los servicios cubiertos por esta Póliza.

23. Servicios ambulatorios

Servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una Institución autorizada para tal efecto, cuando el Asegurado no requiera hospitalización.

24. Suma asegurada

Límite máximo de responsabilidad a cargo de la Institución para cada Asegurado, por el total de las cantidades indemnizadas correspondientes a los servicios cubiertos durante la vigencia de la Póliza.

25. Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparados, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal del Asegurado.

III. BASES DEL CONTRATO

1. Contrato

La carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, cláusulas adicionales y certificados individuales se emiten en consideración a las solicitudes y a las declaraciones formuladas en los cuestionarios médicos para la apreciación del riesgo de los Asegurados, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Institución.

2. Disputabilidad

Este contrato será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que proporcione el Contratante y/o el Asegurado para la apreciación del riesgo. El contrato del seguro será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante para la apreciación del riesgo.

La omisión o inexacta declaración del Contratante facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho este contrato, aunque tales hechos inexactamente declarados u omitidos no hayan influido en la realización del siniestro.

Si la omisión o inexacta declaración es por parte del Asegurado, la Institución estará facultada para rescindir parcialmente el presente contrato sin que se requiera resolución judicial de ningún tipo, cancelando el certificado individual del Asegurado y como consecuencia, los Dependientes de dicho Asegurado quedarán sin ningún derecho a recibir servicios médicos amparados bajo este contrato de seguros.

Si la omisión o inexacta declaración es por parte del Dependiente, la cobertura correspondiente a éste quedará sin efecto alguno.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

La Institución comunicará en forma fehaciente al Asegurado o a sus beneficiarios la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia Institución conozca la omisión o inexacta declaración.

3. Rectificación de esta Póliza

El artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dice: "Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los (treinta) días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones". Lo dispuesto en el párrafo anterior también será aplicable al Contratante.

4. Modificaciones al contrato

Las modificaciones al contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Institución y el Contratante. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Institución, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia, ningún agente o persona no autorizada por la Institución podrá cambiar o modificar las condiciones y beneficios del contrato.

5. Edad

La Institución podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad del Asegurado, haciendo la anotación correspondiente y no podrá pedir más pruebas de la edad.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante hubiera declarado inexactamente su edad y/o en caso de haber declarado su género en forma equivocada o la de sus Dependientes, pero la edad real se encuentre dentro del límite de aceptación, las fracciones de la prima vencidas y las posteriores, que correspondan a dicho Asegurado, se ajustarán de acuerdo a lo siguiente: si se hubiese pagado una cantidad inferior a la que correspondería a la edad y/o género real del Asegurado, la obligación de la Institución se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

Si se hubiese pagado una cantidad superior a la que correspondería a la edad y/o género real del Asegurado, la Institución estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus Dependientes y la edad real se encuentre fuera del límite de aceptación, la Institución considerará rescindido de pleno derecho el contrato respecto a dicho Asegurado o sus Dependientes, sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo, devolviendo la reserva matemática del contrato a la fecha de rescisión.

6. Cláusula general

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

IV. DURACIÓN

1. Vigencia

La vigencia de este contrato es de un año, cuyos momentos de inicio y terminación se indican en la carátula de esta Póliza.

2. Fecha de inicio de la cobertura

Las coberturas específicas en esta Póliza surtirán efectos respecto de cada Asegurado a partir de las 0:01 horas de la fecha de alta de cada uno de ellos, indicada en el certificado individual.

3. Renovación

No existe renovación obligatoria, sin embargo, la Institución podrá renovar la Póliza mediante endoso en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la nota técnica respectiva.

4. Causas de extinción de la cobertura

La cobertura de esta Póliza se extinguirá, entre otras, por las razones siguientes:

a) Respetto del Contratante y de la colectividad asegurada:

- Por conclusión de la vigencia del contrato
- Por terminación del contrato por falta de pago de alguna de las fracciones en que se hubiere dividido la prima
- Por nulidad y/o rescisión del contrato por omisiones o inexactas declaraciones

En caso de que el objeto de este Seguro Colectivo sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante, la Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión a la Póliza de nuevos integrantes de la colectividad asegurable, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Institución reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los **artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades**.

En estos casos, la cobertura se cancelará respecto de la Colectividad Asegurada, quedando en consecuencia sin validez los certificados individuales que se hubieren expedido.

b) Respetto de cada Asegurado:

- Por muerte o solicitud de éste
- Por separación del Asegurado de la Colectividad Asegurable por cualquier causa
- Por rescisión parcial del contrato en los casos previstos en este instrumento
- Cuando el Asegurado haga mal uso de los servicios cubiertos, o no efectúe los copagos correspondientes
- Por encontrarse el Asegurado fuera de la edad límite de aceptación

En caso de terminación de la cobertura de un Asegurado, la cobertura se cancelará automáticamente respecto de éste y sus Dependientes.

Los Asegurados que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada dejarán de estar Asegurados desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Institución restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes, calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

En adhesión a lo anterior, la obligación de la Institución terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

- Al certificarse la curación del padecimiento a través del alta médica, o
- Al agotarse la suma asegurada indicada en la carátula de la Póliza y/o certificados individuales, o
- Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no es inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato

En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Institución podrá otorgar a los Asegurados que se separen de manera definitiva de la Colectividad Asegurada una Póliza individual de los productos vigentes, siempre que presenten su solicitud dentro de los primeros treinta días siguientes a la fecha en que surta efecto dicha separación y cumpliendo con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Institución.

c) Periodo de Inscripción

Las personas que ingresen a la colectividad asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate, sujetándose a los requisitos de elegibilidad establecidos.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurable con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas; si no lo hace, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando la Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

1. En caso de que la Póliza sea contributiva, esto es, el miembro de la colectividad asegurable contribuye al pago de la prima, aplica lo siguiente: los miembros de la colectividad asegurable que no hubieren solicitado su inscripción durante los treinta días anteriores al inicio de la vigencia del contrato, únicamente podrán solicitar su inclusión a la colectividad asegurada en un segundo periodo de inscripción que durará del decimoquinto día del quinto mes al decimoquinto día del sexto mes, contado a partir de la fecha en que hubiere iniciado la vigencia, iniciando cobertura a partir del primer día del séptimo mes.

Fuera de los periodos de inscripción, sólo se podrán presentar a la Institución solicitudes de inscripción y movimientos para el ingreso a la colectividad asegurada, de las siguientes personas:

- Personal de nuevo ingreso en la colectividad asegurable y sus dependientes
 - Cónyuge, tratándose de recién casados que hubieren contraído matrimonio con fecha posterior al inicio del contrato
 - Hijos recién nacidos o adoptados, con fecha posterior al inicio del contrato
 - Nietos de recién dependencia económica
 - Padres del Asegurado o cónyuge de recién dependencia económica
2. En caso de que esta Póliza sea prestación para los empleados y/o dependientes no aplica el proceso de inscripción mencionado en el numeral 1, pudiéndose inscribir en cualquier momento.
 3. En ambos casos, deberá sujetarse a lo señalado en la cláusula VI. REQUISITOS.

V. PRIMA**1. Monto**

La prima se integra con el importe que se obtenga de la suma de primas que corresponda a cada Asegurado, determinada conforme a la tarifa por edad y sexo que se encuentre debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al inicio del periodo de seguro respectivo. En caso de que el resultado del análisis y evaluación de los cuestionarios médicos se determine riesgo médico elevado de acuerdo a la experiencia de la Institución, se le otorgará al grupo asegurado la extraprima que la Institución calcule necesaria.

2. Vencimiento de la prima

El periodo de pago de la prima es anual, pero se fracciona para su pago en parcialidades de un mes, aplicándose la tasa de financiamiento pactada entre las partes a la fecha de la celebración del contrato. Cada una de las fracciones vencerá al inicio de cada mes. A partir del día siguiente a la fecha de su vencimiento, el Contratante tendrá un "Periodo de gracia" de treinta días naturales para efectuar el pago correspondiente. Si durante ese plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las veinticuatro horas del último día de dicho plazo.

3. Lugar de pago

El Contratante pagará el importe de las fracciones en que la prima se hubiera dividido, así como los ajustes correspondientes enunciados en la cláusula V. PRIMA, numeral 5, y las cantidades que le correspondan por impuestos, en cualquiera de las oficinas de la Institución, señaladas en la carátula de la Póliza, contra factura expedida por la Institución.

4. Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de alguna de las fracciones de la prima o de los ajustes, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta días siguientes al último día del "Periodo de gracia" establecido en numeral 2 de esta cláusula.

En ningún caso, la Institución pagará los gastos erogados por servicios prestados fuera del "periodo de gracia".

Esta Póliza únicamente podrá ser rehabilitada una vez dentro de la vigencia inicialmente pactada.

Para llevar a cabo la rehabilitación de este contrato, será necesario que el Contratante presente la solicitud por escrito a la Institución, pague los adeudos que tuviere en su caso y reúna los requisitos señalados en esta Póliza.

5. Ajustes al monto de la prima

En casos de alta o baja de Asegurados, la Institución cobrará o devolverá al Contratante la parte faltante de la prima o la que la exceda, respectivamente, calculada proporcionalmente al lapso comprendido entre la fecha del movimiento y la del vencimiento del Periodo de Seguro, de acuerdo a alguno de los siguientes planes acordado por ambas partes:

Administración normal. Los ajustes por altas o bajas se harán cobrando o devolviendo, según corresponda, la parte proporcional de la prima por los días transcurridos de la fecha del movimiento a la fecha de pago de la Póliza; dichos ajustes se realizarán al momento del ingreso en la Colectividad Asegurada para las altas y en caso de bajas, al recibir su notificación.

Los ajustes por inexactitud de la fecha de nacimiento, edad declarada y/o en caso de haber declarado su género en forma equivocada se realizarán conforme a lo establecido en el numeral 5. Edad, cláusula III.

Los ajustes se realizarán mensualmente y se harán efectivos en el mes inmediato siguiente al que se efectúen.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

VI. REQUISITOS

1. Requisitos para formar parte de la Colectividad Asegurada

a) Para ser Asegurado se requiere:

- Ser miembro de la colectividad asegurable
- Ser mayor de dieciséis años
- Presentar a la Institución el consentimiento debidamente requisitado

b) Quedan exceptuados para ingresar como miembros de la Colectividad Asegurada:

- Los pensionados y sus Dependientes
- Los jubilados y sus Dependientes
- Los trabajadores sujetos a una relación para obra o tiempo determinados
- Las personas que se encuentren internadas en un hospital o clínica
- Las personas que se encuentren incapacitadas temporalmente

2. Requisitos para aceptar a los Dependientes del Asegurado

a) Para dar de alta un Dependiente se requiere:

1. Tratándose del cónyuge del Asegurado, que tenga cuando menos catorce años de edad.
2. Tratándose de hijos o nietos del Asegurado, que dependan económicamente del mismo; sean solteros, menores de diecinueve años; o menores de veinticinco años, siempre y cuando acrediten estar estudiando en una Institución que cuente con reconocimiento de validez oficial de estudios.
3. No existirá límite máximo de edad de aceptación para los hijos del Asegurado que se encuentren disminuidos o perturbados en su inteligencia o padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial, y siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse por sí mismos o manifestar su voluntad.
4. Presentar a la Institución el consentimiento debidamente requisitado.

El Contratante deberá mostrar los documentos que acrediten y demuestren el carácter de Asegurados a los dependientes de la colectividad asegurable, que para cada caso se aplicará como sigue:

1. Para el caso del cónyuge, se tendrá que presentar copia del acta de matrimonio, o comprobación ante Recursos Humanos del Contratante, tener vida marital por cinco años o haber procreado hijos con el titular, según corresponda.
2. Para los hijos recién nacidos, se tendrá que presentar copia del acta de nacimiento.
3. Para los hijos estudiantes, deberán presentar una carta del sistema educativo nacional en la que se acredite que están estudiando, previa revisión y autorización por el área de Recursos Humanos del Contratante.
4. Para los hijos incapacitados, deberán someterse a un estudio que demuestre estar disminuidos o perturbados en su inteligencia o padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial y siempre que debido a la limitación o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse por sí mismos o manifestar su voluntad.
5. Para los nietos, aplicarán los numerales 2, 3 y 4 y además deberán presentar un estudio socioeconómico elaborado por el Contratante que demuestre la dependencia económica al cien por ciento del Asegurado y no se encuentre registrado ante alguna Institución de seguridad social.
6. Para los padres, deberán presentar un estudio socioeconómico elaborado por el Contratante que demuestre la dependencia económica al cien por ciento del Asegurado y no se encuentre registrado ante alguna Institución de seguridad social.

VII. OBLIGACIONES

1. Obligaciones del Contratante

- a) Pagar oportunamente las fracciones de la prima y los ajustes por movimientos mensuales.
- b) Remitir a la Institución, dentro de los cinco días naturales siguientes a la recepción, los consentimientos para las inclusiones (altas) y reportar las exclusiones (bajas) de los Asegurados.
- c) Dar aviso a la Institución de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Asegurados, dentro del término de quince días, contados a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo.
- d) Dar aviso a la Institución cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio.
- e) Reintegrar a la Institución cualquier pago que ésta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a la Institución conforme a este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

El Contratante contará con un término de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Institución la cantidad que a causa de su omisión o negligencia hubiese pagado ésta. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Institución a dar por rescindido este contrato sin que se requiera resolución jurídica de ningún tipo.

2. Obligaciones del Asegurado

En caso de que el Asegurado desee recibir los servicios cubiertos, por conducto de la Red de Proveedores deberá:

- a) Acudir con el MPC elegido del Directorio de Proveedores.
- b) Acudir con los Proveedores de la Red que le indique el MPC para recibir los servicios cubiertos.
- c) Obedecer los tratamientos prescritos por el Médico de la Red, en beneficio del Asegurado.
- d) Hacer buen uso de los servicios cubiertos. Es decir, no permitir que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios.
- e) Efectuar los copagos a su cargo en los casos que se establecen en esta Póliza conforme a la Tabla de copagos y límites descritos también en la carátula de la Póliza y certificados individuales.

VIII. COBERTURAS

1. Protección básica

a) Descripción

Todas las autorizaciones serán obtenidas a través del Coordinador Médico del CAT.

La Institución se obliga a proporcionar al Asegurado los servicios que se mencionan en esta cobertura cuando sean prestados por los Proveedores de la red, aun cuando estos padecimientos sean preexistentes, siempre que y según corresponda:

- Paguen a dichos proveedores el copago que corresponda, conforme a la Tabla de copagos y límites descritos también en la carátula de la Póliza y certificados Individuales
- Sean prescritos por el MPC o por los demás Proveedores de la Red referidos previamente por aquel
- Sean supervisados por el Coordinador Médico
- A criterio del Médico de la Red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso

b) Servicios cubiertos

1. Programas preventivos

Cada Asegurado tendrá derecho en cada programa a dos consultas cada doce meses con su MPC o médico designado en el programa sin costo para la administración de los programas preventivos, aplicable según el sexo y edad del Asegurado. Los servicios preventivos que cubre esta Póliza son los que a continuación se mencionan:

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

c) Programa del niño sano, Aspectos que incluye el programa:

- Consultas con el pediatra para vigilancia del desarrollo y crecimiento: historia clínica (peso y talla) con exploración física, según la edad del niño
- Aplicación de vacunas de acuerdo al número y tiempos establecidos en la Cartilla Nacional de Vacunación
- Vacuna contra hepatitis B, según la edad del niño

d) Programa de salud para la mujer, Aspectos que incluye el programa:

- Prevención y control del cáncer cervicouterino, papanicolaou una vez al año
- Prevención y control del cáncer mamario, cuando sea médicamente indicado, o una vez al año para mujeres mayores de cuarenta años
- Detección oportuna de hipertensión arterial, dos tomas al año
- Detección oportuna de diabetes mellitus, una prueba al año
- Aplicación de las vacunas de tétanos, hepatitis B y hemophilus cuando sea prescrito por el MPC

Se atenderá y dará continuidad a los aspectos de este programa en la siguiente manera:

1. En la primera cita, el MPC la evaluará y la remitirá a los estudios médicamente indicados (papanicolaou y mastografías en mujeres mayores de cuarenta años).
2. En segunda cita, el MPC interpretará los resultados y de ser necesario, establecerá tratamiento correctivo o planteará la necesidad de un tratamiento prolongado.

En lugar del MPC, será el ginecólogo el Médico que aplique este programa; el acceso al ginecólogo es en forma directa dos veces al año.

e) Programa de salud para el hombre, Aspectos que incluye el programa:

- Detección oportuna de hipertensión arterial, dos tomas al año
- Detección oportuna de diabetes mellitus, una prueba al año
- Detección de problemas de próstata, cuando sea médicamente indicado o un estudio al año cuando sean hombres mayores a cuarenta años
- Aplicación de las vacunas de tétanos, hepatitis B y hemophilus cuando sea prescrito por el MPC

Se atenderá y dará continuidad a los aspectos de este programa en la siguiente manera:

1. En la primera cita, el MPC lo evaluará y la remitirá a los estudios médicamente indicados (biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y, en hombres mayores de cuarenta años, antígeno prostático).
2. En segunda cita, el MPC interpretará los resultados y de ser necesario, establecerá tratamiento correctivo o planteará la necesidad de un tratamiento prolongado.

Cualquier servicio no especificado en los programas anteriores deberá ser prestado y/o referenciado por el MPC.

f) Servicios restaurativos

Los servicios restaurativos de la salud que cubre esta Póliza son los que a continuación se especifican y están sujetos a la obligación del Asegurado de efectuar los copagos a su cargo, conforme a la Tabla de copagos y límites descritos también en la carátula de la Póliza y certificados individuales. El número de servicios en este rubro se encuentra limitado a la suma asegurada:

1. Servicios proporcionados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad o lesión. Los servicios que se proporcionan en términos de este apartado incluyen:
 - Atención médica en el consultorio
 - Consulta con médicos especialistas, siempre y cuando sean referidos por el MPC
 - Servicios de laboratorio, este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del MPC o médico especialista
 - Servicios de imagenología y gabinete convencional, Servicios de radiología convencional, incluyendo mas no limitado a rayos X y otros similares en cuanto a su costo, bajo prescripción del MPC o médico especialista

Exclusiones

En ningún caso, para Protección Básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- a) **Las enfermedades o malformaciones congénitas cuando se requiera hospitalización y/o cirugía.**
- b) **Servicios por causa de urgencias médicas, excepto el reembolso de los costos de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos de Atención Médica, en los que la propia Red de Proveedores de la Institución no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.**
- c) **Uso y servicios de sala de urgencias médicas, excepto el reembolso de los costos de los servicios médicos que haya necesitado el Asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos de Atención Médica, en los que la propia Red de Proveedores de la Institución no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.**
- d) **Servicios ambulatorios: servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una Institución autorizada, que requiera de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico o tratamiento del Asegurado.**
- e) **Consultas prenatales y posnatales.**
- f) **Cualquier servicio a causa de maternidad.**
- g) **Ambulancia aérea o terrestre.**
- h) **Trasplantes de órganos y gastos médicos del donante, ni tampoco gastos por servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- i) **Queratotomía o queratectomía, ni tampoco servicios derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- j) **Tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocidos como litotripsias, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- k) **Los siguientes estudios especiales de imagenología: radiografía con método de contraste, resonancia magnética, estudios angiográficos, tomografía axial computarizada, cateterismo cardiaco.**
- l) **Cualquier tipo y clase de cirugía.**

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

2. Urgencia básica

a) Descripción

La Institución se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de esta Póliza, los gastos por urgencias médicas, es decir, por la necesidad de suministrar inmediatamente los servicios médicos que reciba el Asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad. Todos los servicios deberán ser proporcionados por la Red de Proveedores. El costo de dichos servicios médicos será reembolsado, sujeto a la suma asegurada contratada por persona, por año y al tabulador médico de la Institución.

Los servicios médicos serán reembolsados siempre y cuando se justifique que:

- La urgencia cumpla con la definición de una urgencia médica
- La urgencia no requiera ingreso hospitalario ni uso de la sala de cirugías

b) Servicios cubiertos

Los servicios amparados por la presente cobertura son:

- Consulta médica, material de curación y medicamentos necesarios para el estado de urgencia
- Estudios de laboratorio y gabinete e imagenología indicados por el médico tratante y que sean necesarios para el diagnóstico de la enfermedad

El pago de tales servicios se efectuará después de que la Institución haya comprobado el estado de urgencia. Si durante una urgencia médica se requiere de hospitalización y/o del uso de la sala de cirugías, no se cubrirá el costo de estos servicios ni el del uso de la sala de urgencias médicas. Estos gastos estarán a cargo del Asegurado.

Si el Asegurado desea acceder a la Red de Proveedores para la atención de la urgencia médica, podrán comunicarse al CAT cuyo número telefónico se encuentra al reverso de la credencial de Asegurado.

El Asegurado debe notificar a la Institución el uso de servicios de urgencia veinticuatro horas posteriores a su utilización, salvo caso de fuerza mayor, en los cuales la notificación se realice una vez que concluya tal situación. El seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuentes a los Servicios de Urgencia deben ser coordinados por el MPC. En caso contrario, el Asegurado pagará el uso de estos servicios.

c) Reembolso

El Asegurado deberá llenar y presentar a la Institución el formato de Solicitud de Reembolso, al cual agregará los informes médicos, estudios de laboratorio, imagenología y gabinete que se hubieren practicado para el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad o lesión, historias clínicas, notas de evolución, al igual que las facturas y/o recibos de honorarios originales que reúnan los requisitos fiscales vigentes, así como los demás documentos e informes que sean requeridos conforme al **artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**.

Una vez que el Asegurado presente a la Institución, por sí o por conducto de su representante legal, la documentación solicitada, la Institución contará con un plazo de treinta días siguientes a la fecha de recepción para realizar el pago que corresponda o determinar lo que proceda sobre la solicitud.

La cuantía del reembolso se calculará de acuerdo al siguiente procedimiento:

- Se sumarán todos los servicios de urgencia, ajustándolos a los límites establecidos en el tabulador médico de la Institución
- A la cantidad resultante se descontará el copago de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta Póliza

Exclusiones

En ningún caso, para la cobertura de Urgencia Básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- a) Ambulancia aérea o terrestre.**
- b) Tratamiento de terapia física, radiactiva y fisioterapia que se requiera a domicilio.**
- c) La adquisición de cualquier tipo de medicamentos para el seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuente a los servicios de urgencia.**

3. Ambulancia terrestre**a) Descripción**

La Institución se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de esta cobertura, ya sea por urgencia o cuando sea médicamente necesario, el traslado del Asegurado por ambulancia terrestre, siempre y cuando el servicio sea otorgado por un Proveedor de la Red, para la atención médica y/o tratamiento de los servicios cubiertos por esta Póliza.

b) Servicios cubiertos

Los servicios cubiertos son:

1. Los servicios de transportación en ambulancia terrestre desde el lugar del accidente o del lugar donde se encuentre el Asegurado hasta cien kilómetros o al centro médico más cercano, siempre que sea autorizado y coordinado por el CAT.
2. En caso de requerir traslado en ambulancia de hospital a hospital o de hospital a la casa del Asegurado, se deberá cumplir con las siguientes condiciones:
 - Sea prescrito y solicitado al CAT por el médico tratante de la Red de Proveedores
 - La condición física del Asegurado al egreso del hospital requiera de cuidado en su traslado en ambulancia

Para estos dos numerales, se requiere autorización y coordinación del CAT, así como realizar el copago de acuerdo a la Tabla de copagos y límites.

Exclusiones

En ningún caso, para la cobertura de Ambulancia terrestre, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- a) Traslados proporcionados en casos de senilidad o deterioro cerebral.**

4. MATERNIDAD BÁSICA**a) Descripción**

La Institución se obliga a proporcionar los servicios que se mencionan en esta cobertura cuando sean solicitados a los Proveedores de la red, siempre que y según corresponda:

1. Paguen a dichos proveedores el copago que corresponda, conforme al Tabulador de copagos y límites, descrito también en la carátula de la Póliza y certificados individuales.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

2. Sean prescritos por el médico especialista, o por los demás proveedores de la red referidos previamente por aquel.
3. A criterio del médico de la red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

En lugar del MPC, será el ginecólogo el médico quien preste y prescriba los servicios que se mencionan en esta cobertura. Los servicios cubiertos son los que a continuación se especifican y estarán cubiertos hasta agotar la suma asegurada de esta cobertura.

b) Servicios cubiertos

1. Maternidad

Estos servicios serán prestados únicamente a la Asegurada (se excluyen gastos médicos erogados por el recién nacido), el servicio de Maternidad incluye:

- Consultas prenatales para el embarazo normal y de alto riesgo
- Consultas posnatales
- Dos ultrasonidos durante el periodo de embarazo

2. Estudios de laboratorio

Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del ginecólogo.

Exclusiones

En ningún caso, para la cobertura de Maternidad básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1. Consultas no relacionadas con el embarazo y cualquier tipo de gasto derivado del y para el recién nacido.**
- 2. Medicamentos.**
- 3. Servicios Ambulatorios: servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una Institución autorizada, que requiera de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico o tratamiento del Asegurado.**
- 4. Uso y servicios de sala de urgencias médicas.**
- 5. Cualquier tipo de servicio hospitalario.**
- 6. Servicios de ambulancia terrestre o aérea.**
- 7. Servicios diferentes a los mencionados en el inciso b) Servicios cubiertos.**

IX. COBERTURAS ADICIONALES

La contratación de las coberturas mencionadas en este apartado es de carácter opcional por lo que sólo operarán cuando se indiquen en la carátula de esta Póliza.

Con la contratación de la(s) cobertura(s) adicional(es), la Institución se obliga a proporcionar al Asegurado los servicios cubiertos dentro de los límites y bajo los términos establecidos para la(s) cobertura(s) en cuestión, para lo cual será indispensable que:

- a) La Póliza, la cobertura adicional y el certificado individual se encuentren vigentes.
- b) Sean prescritos para la atención médica y/o tratamiento de servicios cubiertos por la Póliza.
- c) El Asegurado cubra el copago que corresponda conforme a la Tabla de copagos y límites.

1. Medicamentos**a) Descripción**

La Institución se obliga a proporcionar los medicamentos que reciba el Asegurado siempre que:

- Sean prescritos por un Médico de la Red en un Pase a Farmacia Médica de la Institución
- Sean surtidos en una Farmacia de Red

b) Procedimiento para el suministro de medicamentos

1. El Asegurado deberá acudir a una Farmacia de Red presentando el Pase a Farmacia Médica de la Institución y su credencial de Asegurado. En caso de no presentar tales documentos, la Farmacia de Red no tendrá obligación de surtir la receta. De no existir la totalidad de los medicamentos especificados en el Pase a Farmacia Médica de la Institución, el Asegurado deberá acudir a otra Farmacia de Red. En ningún caso podrá aceptar vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptar el surtido parcial de la receta.
2. El Asegurado debe adquirir los medicamentos en un lapso no mayor a los siguientes siete días naturales.

Exclusiones

Esta cobertura adicional en ningún caso ampara los gastos por:

1. **Medicamentos surtidos en farmacias que no pertenezcan a la red de proveedores, excepto cuando sean medicamento necesarios para el tratamiento de una urgencia médica, según lo definido en la Póliza, siempre y cuando la urgencia médica sea cubierta por la Póliza.**
2. **Medicamentos de venta libre.**
3. **Medicamentos en fase de investigación o experimentales.**
4. **Vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o dietéticos sin importar la prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro para niños cuando sean prescritos por un Médico de la Red.**
5. **Medicamentos para la reducción de peso, incluyendo supresores de apetito.**
6. **Medicamentos anticonceptivos, así como ungüentos, espumas, jaleas, condones, medicinas de implantación, dispositivos y diafragmas.**
7. **Medicamentos o productos cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol.**
8. **Productos cosméticos, de belleza u otros que se utilicen para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel; así como medicinas utilizadas para el tratamiento de la calvicie.**
9. **Medicamentos para aumentar el desempeño atlético.**
10. **Medicamentos prescritos que requieran ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados.**
11. **Medicamentos para tratamientos y procedimientos que no estén cubiertos por esta Póliza.**
12. **Medicamentos que no estén en el listado de medicamentos de la Institución.**
13. **Medicamentos adquiridos en el extranjero.**
14. **La aplicación de medicamentos.**

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

2. Dental

a) Descripción

La Institución se obliga a cubrir, mediante terceros, la prestación de los servicios dirigidos a prevenir enfermedades y/o restaurar la salud bucodental que más adelante se especifican, que reciban los Asegurados; siempre que el Asegurado:

- Acuda con el odontólogo de primer contacto elegido del Directorio de Proveedores
- Acuda con los Proveedores de la Red que le indique el odontólogo de primer contacto
- Obedezca los tratamientos prescritos por el odontólogo de primer contacto, en su propio beneficio
- Haga buen uso de los servicios cubiertos, es decir, no permita que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios
- Sean prescritos por el odontólogo de primer contacto y que, a criterio de este último, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso
- Sean supervisados o autorizados por el Coordinador Médico

b) Servicios cubiertos

Los servicios amparados por esta cobertura adicional son:

1. Servicios diagnósticos

- Atención con el odontólogo
- Radiografías periapical, oclusales y aletas de mordida
- Serie radiográfica completa (14x) anual
- Prueba de vitalidad pulpar

2. Servicios preventivos

- Profilaxis dos veces por vigencia al Asegurado de catorce años o mayor
- Profilaxis y aplicación tópica de flúor dos veces por vigencia a menores de catorce años

3. Servicios restaurativos

- Atención médico dental en el consultorio
- Resinas simples
- Curaciones sedativas
- Reconstrucción con pin
- Recubrimiento pulpar directo e indirecto
- Tratamiento endodóntico en anteriores
- Tratamiento endodóntico en premolares
- Tratamiento endodóntico en molares
- Incrustaciones metálicas
- Onlays metálicas
- Drenaje de absceso intraoral
- Pulpotomías
- Extracciones simples

4. Odontopediatría

- Atención médico dental en el consultorio
- Amalgamas en dientes permanentes
- Resinas simples en dientes permanentes
- Curaciones sedativas
- Aplicación de selladores de fisuras
- Pulpotomías
- Extracciones simples de dientes temporales así como permanentes

5. Suministro de medicamentos

Para el suministro de medicamentos, el Asegurado deberá acudir a una Farmacia de Red presentando el Pase de Farmacia de la Institución y la credencial vigente que lo acredite como Asegurado y en la cual se describen los copagos a su cargo. En caso de no presentar tales documentos, la Farmacia de Red no tendrá obligación de surtir la receta.

De no existir la totalidad de los medicamentos especificados en el formato de Receta Médica de la Institución, el Asegurado deberá acudir a otra Farmacia de Red. En ningún caso podrá aceptar vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptar el surtido parcial de la receta.

El Odontólogo de primer contacto solamente recetará y la Farmacia de Red únicamente suministrará medicamentos al Asegurado conforme a lo siguiente:

- De patente, genéricos e intercambiables con efecto terapéutico y/o preventivo, autorizados para su uso por la Secretaría de Salud
- Necesarios para el tratamiento de los servicios cubiertos por esta cobertura adicional
- Con las siguientes características:

Propósito terapéutico	Ingredientes principales
Analgésicos, Antiinflamatorios y antipiréticos	- Clonixinato de lisina - Ibuprofeno - Ketorolaco - Naproxeno y Paracetamol
Antibióticos	- Amoxicilina - Amoxicilina y clavulanato - Bencilpenicilina Benzatina - Eritromicina

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- 1. Prótesis fija y removible.**
- 2. Cirugía oral con excepción de extracción simple.**
- 3. Ortodoncia.**
- 4. Traumatismo por accidente.**
- 5. Fracturas dentales.**
- 6. Servicios médicos y de hospital.**
- 7. Cualquier servicio a causa de urgencia médica.**

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

3. Servicios médicos a domicilio

a) Descripción

La Institución se obliga a cubrir los siguientes servicios que reciba el Asegurado:

1. Consulta a domicilio de un médico general cuando exista un grado de incapacidad física del Asegurado enfermo que no le permita desplazarse al consultorio, siempre que sea coordinado y autorizado por el CAT.
2. Previa indicación del médico tratante, se cubrirá el servicio de Enfermera de Red por enfermedad o accidente amparado por esta Póliza.

Exclusiones

Esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- a) Cuidado proporcionado por enfermeras o personal de asistencia en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- b) Tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia que se requiera a domicilio.
- c) Tratamientos para rehabilitación a domicilio.
- d) La adquisición de cualquier tipo de medicamentos.

X. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

1. Servicios hospitalarios.
2. Cualquier servicio de cuidados intensivos.
3. Cuidados intensivos en el caso de maternidad y los cuidados intensivos neonatales.
4. Consultas a domicilio, salvo lo establecido en el numeral 3, cláusula IX. **COBERTURAS ADICIONALES.**
5. Servicios, productos y procedimientos experimentales o de investigación.
6. Tratamientos fuera de la vigencia de esta Póliza.
7. Servicios de ambulancia terrestre o aérea, salvo lo establecido en el numeral 3. **Ambulancia terrestre, cláusula VIII. COBERTURAS, página 15.**
8. Salud reproductiva, equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, fisioterapia y medicina física; terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
9. Servicios o productos proporcionados por proveedores no pertenecientes a la red de proveedores.
10. Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria; medicamentos orales recetados para el tratamiento de esterilidad; medicamentos anticonceptivos implantables, dispositivos o instrumentos anticonceptivos que no requieren receta; amniocentesis e inyecciones de hormona gonadotropina coriónica (HCG).

11. Servicios dentales, incluyendo terapias de aplicación para el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ), servicios relacionados con la maloclusión o malposición de los dientes: ortodoncia; cuidado de los dientes, prótesis dentales, incrustaciones y obturaciones dentales; salvo lo establecido en el numeral 2. Dental, cláusula IX. COBERTURAS ADICIONALES, página 18.
12. Tratamientos quiroprácticos.
13. Honorarios de enfermeras salvo lo establecido en el numeral 3. Servicios médicos a domicilio, cláusula IX. COBERTURAS ADICIONALES, página 20.
14. La compra o renta de equipo, incluyendo bicicletas para ejercicio, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas hipoalergénicas, colchones, camas de agua o silla de ruedas eléctrica; compra o renta de escaleras eléctricas o elevadores, saunas, albercas y artículos para el hogar.
15. Abastecimiento o reemplazo de aparatos auditivos.
16. Lentes, incluyendo de contacto, cristales, micas, intraoculares, así como los armazones y exámenes para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento.
17. Honorarios de una persona que brinde productos, servicios o tratamientos relacionados con el cuidado en el hogar, para ayudar a caminar, acostarse, levantarse, bañarse, vestirse, preparación de dietas especiales.
18. Pruebas dermoimmunológicas aunque estén orientadas al diagnóstico, así como las pruebas citotóxica, radioalergosorbente (RAST), determinación de la piel por titulación, autoinyección de orina y pruebas de provocación y de neutralización para alergias.
19. Abortos voluntarios ni sus consecuencias y/o complicaciones.
20. Cuidados rutinarios del pie, incluyendo limar callos, callosidades y uñas, excepto tratamientos médicamente necesarios por condiciones de circulación.
21. Tratamientos contra la adicción a drogas, alcohol o tabaquismo, así como sus complicaciones y/o consecuencias directas o indirectas.
22. Complicaciones derivadas o que puedan surgir durante o después de un tratamiento médico que cause adicción.
23. Terapias alternativas, así como acupuntura, biorretroalimentación, hipnoterapia y terapia recreativa, educativa, manipuladora o de sueño. Terapia primaria, terapia de Rolf, psicodrama, terapia megavitamínica, terapia bioenergética, entrenamiento de percepción visual, terapia de dióxido de carbono o servicios relacionados con este tipo de tratamiento; y la medicina no alópata.
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos así como las complicaciones que resulten de ellos; así como consultas, cuidados o tratamientos nutriólogicos.
25. Servicios para la enseñanza de niños atrasados, así como la evaluación o tratamientos de problemas de aprendizaje o disfunciones mínimas del cerebro o trastornos de desarrollo y aprendizaje; pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas del comportamiento, así como su entrenamiento y rehabilitación cognoscitiva, demoras en el desarrollo y trastornos por falta de concentración.
26. Cuidados, tratamientos e internamientos para la salud mental, así como cuidados o tratamientos psiquiátricos, psicológicos u otros para desórdenes emocionales o mentales.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

27. Procedimientos o tratamientos destinados a alterar las características físicas del sexo biológico de un Asegurado por las características del sexo opuesto.
28. Consultas, terapias, tratamientos, productos o asesorías para disfunciones o adecuaciones sexuales.
29. Gastos erogados por el tratamiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA) y sus complicaciones, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi y las derivadas de su evolución.
30. El comercio o transportación de órganos y tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.
31. Servicios prestados en el extranjero.
32. Servicios médicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Asegurado.
33. La adquisición de Medicamentos; cualquier tipo de medicamentos, salvo lo establecido en el numeral 1. Medicamentos, cláusula IX. COBERTURAS ADICIONALES, pág. 17.
34. Los estudios prenupciales o de ingreso a la Institución Contratante o cualquier otra Institución que requiera el Asegurado.
35. Lesiones causadas por culpa grave del Asegurado a causa de los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.
36. Lesiones sufridas en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por culpa grave del Asegurado por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales.
37. Lesiones o enfermedades sufridas a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia.
38. Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.
39. Cirugía cosmética o plástica y sus consecuencias y complicaciones.
40. Plantillas ortopédicas de cualquier material.
41. Las enfermedades o malformaciones congénitas que requieran hospitalización y/o cirugía.
42. Radioterapia y quimioterapia.
43. Cualquier tipo y clase de cirugía.

XI. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

La Institución no será responsable en caso de que los Proveedores de la Red se vean imposibilitados a prestar sus servicios en caso de desastre nacional, guerra, disturbio, insurrección civil, epidemia, o en cualquier otro supuesto de caso fortuito o fuerza mayor.

El Contratante y los Asegurados están de acuerdo en que la Institución estará excluida de cualquier responsabilidad por la elección que el Asegurado realice del MPC, así como por los servicios que reciban de éstos y de los demás Proveedores de la red.

XII. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la citada Ley sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución.

XIII. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

Los servicios cubiertos están sujetos al límite de la suma asegurada descrita en la carátula de Póliza y certificados individuales, en tal virtud, el Asegurado está obligado a pagar los costos que excedan dicho límite, así como del costo de los servicios que no se encuentren cubiertos por esta Póliza.

XIV. OTROS SEGUROS

El Contratante y los Asegurados tendrán la obligación de poner en conocimiento de la Institución la existencia de otros seguros de salud, accidentes y gastos médicos que contraten durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las Aseguradoras, el número de las Pólizas contratadas, el tipo de seguro y el ramo de que se trate, así como sumas aseguradas en su caso.

Si el Contratante o los Asegurados omiten dar el aviso referido, o si contratan diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Institución estará facultada para rescindir de pleno derecho el contrato sin que se requiera resolución judicial de ningún tipo y pagar solamente hasta los gastos reales incurridos.

XV. TERRITORIALIDAD

Los servicios cubiertos por esta Póliza sólo se prestarán dentro de la república mexicana.

XVI. MONEDA

Los pagos que el Contratante, el Asegurado y la Institución deban hacer conforme a este contrato se liquidarán en moneda nacional de acuerdo con la Ley Monetaria vigente.

XVII. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Institución, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la carátula de esta Póliza o, en su caso, en el nuevo domicilio que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente aquella al Contratante. La Institución deberá informar a los Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda, de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria.

XVIII. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá plantear su reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Institución o hacer valer sus derechos en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, 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 de Fianzas**. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia 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 a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los tribunales competentes. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a la elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el juez del domicilio de dicha alcaldía; cualquier pacto en contrario será nulo.

XIX. INTERÉS MORATORIO

En caso de que la Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del **artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el **artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas**. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

XX. RENOVACIÓN

La Institución podrá renovar la Póliza cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

XXI. ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

La Institución está obligada a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza los documentos en los que consten los Derechos y Obligaciones del Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el Seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que la Institución utilice para tal efecto.
3. Por internet, a través de correo electrónico o cualquier otro medio que la Institución establezca e informe al Asegurado o Contratante.

La Institución dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral 1 y en el caso de los numerales 2 y 3 dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el Seguro, los documentos mencionados en el primer párrafo, deberá hacerlo del conocimiento de la Institución, comunicándose al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana; asimismo, el Asegurado o Contratante también podrá solicitar la entrega de los mencionados documentos a través de correo electrónico dirigiéndose a bbvaseguros.mx@bbva.com

Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá comunicarse al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana. La Institución emitirá un Folio de Atención y a partir del momento en que reciba del Asegurado y/o Contratante la confirmación correspondiente por escrito, la Póliza se considerará no renovada o cancelada, según sea el caso.

Para consultar el Anexo que contiene el significado de abreviaturas de uso no común, ingresa a la liga www.bbvasegurossalud.com.mx/abreviaturas; para verificar los preceptos legales podrá hacerlo a través de la página web: www.bbvasegurossalud.com.mx en la sección de Disposiciones Legales Vigentes o en la siguiente liga www.bbvasegurossalud.com.mx/disposiciones-legales-vigentes

“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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009 y del día 25 de febrero de 2019, con el número CGEN-H0704-0001-2019/CONDUSEF-000417-02”.

CONDICIONES GENERALES

Salud Empresarial

UNE BBVA Seguros Salud (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para expresar alguna inconformidad o mayor información sobre el producto de seguros vía correo electrónico a uneseguros2.mx@bbva.com o en atención telefónica al (55) 9171 4000 ext. 46115 desde toda la república mexicana.

Con domicilio Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México, Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México).

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre las comisiones para fines informativos y de comparación, podrá acudir a la CONDUSEF, con domicilio en Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

PROCESO DE CANCELACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado o Contratante, según corresponda, podrá solicitar la cancelación del presente contrato de seguro por: (i) el mismo medio por el cual fue contratado; (ii) por cualquiera de los medios que se enlistan a continuación, de manera enunciativa y no limitativa; y/o (iii) por cualquier otro medio que al efecto implemente la Institución, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y por las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Internet o cualquier otro medio electrónico.
2. Llamando al Centro de Servicio a Clientes de la Institución al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana de lunes a viernes, de las 8:30 a las 17:30 hrs.
3. En cualquiera de nuestras sucursales en la república mexicana.

Presentada la solicitud de cancelación, por cualquiera de los medios señalados, el Asegurado o Contratante recibirá un acuse de recibo, clave de confirmación o número de Folio de Cancelación de forma inmediata o en un plazo no mayor a 48 horas posteriores, a partir del cual la Institución generará las validaciones que al efecto correspondan y, en su caso, concluir con el proceso de cancelación respectivo.

“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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de junio de 2016, con el número RESP-H0704-0002-2016/G00222001”.

DERECHOS COMO CONTRATANTE, ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO DE UN SEGURO

¿Conoces tus derechos antes y durante la contratación de un seguro?

Cuando se contrata un seguro de vida, accidentes y enfermedades (gastos médicos mayores, accidentes personales o salud); es muy común que se desconozcan los derechos que se tienen como asegurado, al momento de adquirir una protección, en caso de algún siniestro e inclusive previo a la contratación.

Si tú conoces bien cuáles son tus derechos, podrás tener claro el alcance que tiene tu seguro, evitarás imprevistos de último momento y estarás mejor protegido.

¿Cómo saber cuáles son tus derechos cuando contratas un seguro y durante su vigencia?

Es muy fácil:

Como Contratante, antes y durante la contratación del seguro, tienes derecho a:

- Si el seguro te lo ofrece un Agente de Seguros, puedes solicitarle que presente la identificación que lo acredita como tal
- Solicitar por escrito información referente al importe de la comisión o compensación que recibe el intermediario que te ofrece el seguro. Ésta se proporcionará, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud
- Recibir toda la información que te permita conocer las condiciones generales del seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura que estás contratando, la forma de conservarla y la forma de dar por terminado el contrato. Para obtenerla ponemos a tu disposición nuestro sitio web www.bbvasegurossalud.mx o, si lo prefieres, acude a cualquiera de nuestras oficinas
- Recuerda que si te practicas un examen médico para la contratación de tu seguro no se podrá aplicar la cláusula de preexistencia respecto a alguna enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen aplicado

En caso de que ocurra un siniestro, tienes derecho a:

- Recibir el pago de las prestaciones contratadas en tu Póliza por eventos ocurridos dentro del periodo de gracia, aunque no hayas pagado la prima en este periodo
- Cobrar una indemnización por mora a la aseguradora si hay retraso en el pago de la suma asegurada
- En caso de inconformidad con el tratamiento de tu siniestro, puedes presentar una reclamación ante la aseguradora por medio de la Unidad de Atención Especializada (UNE), o bien acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en cualquiera de sus delegaciones estatales

Si presentaste una queja ante la CONDUSEF, puedes solicitar la emisión de un dictamen técnico si las partes no se sometieron a arbitraje.

En caso de cualquier duda, ponemos a tu disposición nuestro teléfono de atención: al teléfono (55) 9171 4000 ext. 97092 desde toda la república mexicana o escribe a bbvasegurossalud.mx@bbva.com

Además, puedes acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención al Público, ubicada en Mariano Escobedo 303 PB (entre Laguna de Mayrán y Lago Alberto), Col. Anáhuac, alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11320, Ciudad de México, Horario de atención de lunes a viernes de 09:00 a 14:00 hrs. (hora del centro de México). E-mail: uneseguros2.mx@bbva.com

www.bbvasegurossalud.mx

“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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de junio de 2015, con el número RESP-H0704-0031-2015/G00218001”.

FOLLETO EXPLICATIVO

¡ENHORABUENA!

Ahora tú perteneces al mejor programa para el cuidado de tu salud y la de tu familia.

En **BBVA Seguros Salud** estamos muy orgullosos de poder ofrecerte Salud Empresarial Bancomer, el seguro más innovador que existe en el país. Hemos creado un servicio que retoma del pasado la cercanía y apoyo incondicional del médico familiar y le hemos añadido lo necesario para poner a tu alcance la mejor infraestructura y tecnología de la medicina moderna.

Te invitamos a que leas cuidadosamente este manual para que estés bien informado de nuestro seguro y compruebes por ti mismo que siempre estarás satisfecho con nuestros servicios.

INTRODUCCIÓN

Los servicios a los que tienes acceso quedaron especificados en tu Certificado Individual. También los puedes verificar en tu credencial, en la que además se indica el Copago que deberás pagar al recibir cada uno de los servicios cubiertos.

A continuación describimos los servicios que estarán cubiertos siempre que hayan sido contratados, situación que puede verificarse en tu Certificado Individual, y sean otorgados por proveedores del Directorio Médico de Salud de **BBVA Seguros Salud** (en lo sucesivo Directorio).

Protección básica

El antiguo médico familiar no sólo basaba su éxito profesional en sus conocimientos, sino en el estar siempre dispuesto a atender cualquier tipo de dolencia que se tuviera por insignificante que fuera. Esto aumentaba la confianza y entendimiento con sus pacientes haciéndoles más sencillo el cuidado de su salud.

BBVA Seguros Salud, a través de este seguro, pone de nuevo cerca de ti un médico familiar que tú eliges y que es llamado Médico de Primer Contacto (MPC). Él te proporcionará la vigilancia y cuidados médicos que necesites.

Ya sea que requieras de una consulta privada, de estudios de laboratorio, radiografías o de un médico especialista, los gastos estarán siempre cubiertos con el requisito de que estos servicios tendrán que ser solicitados por tu MPC.

En este plan los MPC son médicos familiares, pediatras y ginecólogos. Este plan otorga el acceso a servicios médicos generales como son estudios de laboratorio, gabinete y atención de médicos especialistas que el MPC considere necesario.

Además de la amplia cobertura de servicios que te ofrece cada uno de nuestros planes cuando estés enfermo o lesionado, te proporcionamos constantemente un plan de atención preventiva: revisiones físicas, vacunas, cuidados pediátricos, estudios para diagnosticar enfermedades como el cáncer, diabetes e hipertensión entre otras, así como la documentación necesaria con recomendaciones para mantenerte sano. Creemos firmemente en los beneficios de la medicina preventiva y nuestra experiencia nos ha mostrado que prevenir y detectar enfermedades oportunamente nos facilita cumplir nuestra tarea: conservar tu salud.

En el Sistema de Atención para la Salud no hay restricciones de Preexistencias, periodos de espera, ni límites de edad, sino que te damos acceso a los servicios médicos desde el primer día, de esta manera contarás siempre con servicio médico los 365 días del año.

Programas de medicina preventiva

La base de nuestros planes para conservar tu salud

Por el simple hecho de estar asegurado en este seguro de **BBVA Seguros Salud**, tienes acceso a los programas preventivos que se han diseñado cuidadosamente para mantener tu salud y por ende mejorar tu calidad de vida.

Estos servicios no tienen Copago y son otorgados por tu MPC.
Los programas de medicina preventiva son:

- Programa de salud para niños y adolescentes
- Programa de salud para mujeres adultas
- Programa de la salud para hombres adultos

Para nosotros es muy importante que te sientas verdaderamente cuidado, atendido y que sepas que hay alguien que vigila tu salud. Para ello hemos desarrollado materiales especiales para que conozcas la forma de prevenir ciertas enfermedades y evitar situaciones que podrían poner en riesgo tu salud.

Algunos de los tópicos que se manejan en estos materiales son:

- Nutrición
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Métodos anticonceptivos
- Diabetes
- Alcoholismo
- Cáncer cérvico-uterino y de mama
- Hipertensión arterial
- Tabaquismo

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar en tu salud. Sólo sigue estos seis pasos:

1. Solicita una cita con tu MPC, que puede ser un médico familiar, pediatra o ginecólogo para las mujeres, en caso de que el problema fuera de índole ginecológico.
2. Preséntate puntualmente con tu MPC para recibir consulta y te indique el tratamiento a seguir. En caso de que no puedas asistir, por favor, cancela tu cita.
3. Paga el Copago más los impuestos correspondientes.
4. Muy probablemente tu MPC te recetará medicamentos. Esto lo hará en el Formato Pase a Farmacia. Si no cuentas con la póliza de surtido de medicamentos, podrás surtir tu receta en cualquier farmacia, ya que no cuentas con la cobertura. Sin embargo, si cuentas con la póliza de surtido de medicamentos, podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio. Las medicinas deberán ser surtidas en los siguientes siete días naturales, pagando únicamente el Copago correspondiente señalado en tu credencial más el impuesto correspondiente.
5. Si tu MPC te solicita exámenes de laboratorio o estudios de gabinete (radiografías, entre otros estudios), él te entregará el Formato Múltiple de Servicios para que acudas a recibirlos. Deberás pedir tu cita con alguno de los laboratorios o gabinetes que se encuentran en nuestro Directorio. Seguramente encontrarás uno cerca de tu domicilio o de tu trabajo. No olvides presentar la credencial de **BBVA Seguros Salud** para pagar el Copago más los impuestos correspondientes.
6. Ahora bien, si tu MPC necesita que seas valorado por un médico especialista, te proporcionará el Formato de Referencia para que puedas asistir a esa consulta. Es muy importante que cuentes con la referencia porque, de lo contrario, el médico especialista (aún cuando esté en nuestro Directorio) te atenderá como a un particular. No olvides presentar la credencial de **BBVA Seguros Salud** para pagar el Copago más los impuestos correspondientes.

FOLLETO EXPLICATIVO

Recuerda que es tu MPC quién está a cargo de tu salud, por eso es indispensable que él esté enterado de tu atención integral.

En ningún caso, para Protección Básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1) Las enfermedades o malformaciones congénitas, cuando se requiera hospitalización y/o cirugía.**
- 2) Servicios por causa de Urgencias médicas, excepto el reembolso de los costos de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de Urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos de Atención Médica, en los que la propia Red de Proveedores de BBVA Seguros Salud no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.**
- 3) Uso y servicios de sala de Urgencias médicas, excepto el reembolso de los costos de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de Urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios Médicos de Atención Médica, en los que la propia Red de Proveedores de BBVA Seguros Salud no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.**
- 4) Servicios ambulatorios: servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una institución autorizada que requiera de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico o tratamiento del Asegurado.**
- 5) Consultas prenatales y postnatales.**
- 6) Cualquier servicio a causa de maternidad.**
- 7) Ambulancia aérea o terrestre.**
- 8) Transplantes de órganos y gastos médicos del donante, ni tampoco gastos por servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 9) Queratotomía o queratectomía, ni tampoco servicios derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 10) Tratamientos para el desmenuzamiento o fragmentación de un cálculo, conocidos como litotripsias, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 11) Estudios especiales de imagenología, tales como radiografía con método de contraste, resonancia magnética, estudios angiográficos, tomografía axial computarizada, cateterismo cardiaco.**
- 12) Cualquier tipo y clase de cirugía.**

Urgencia básica

BBVA Seguros Salud te cubre los casos de Urgencia Médica. Sólo deberás notificar al CAT de **BBVA Seguros Salud** el uso de servicios de Urgencia dentro de las veinticuatro horas posteriores a su utilización, salvo caso de fuerza mayor, en los cuales la notificación la realizarás una vez que concluya tal situación.

Al hacer uso de alguno de estos servicios, tendrás que pagar todos los gastos y, posteriormente, someter las facturas y recibos de honorarios a reembolso siguiendo los siguientes pasos:

- a) Llenar y presentar a Preventis los formatos Declaración del Reclamante y Declaración del Médico Tratante (si no cuentas con ellos, llama al CAT para solicitarlos), a los cuales agregará los informes médicos, estudios de laboratorio y gabinete que te practicaron para el diagnóstico así como historias clínicas, notas de evolución, al igual que las facturas y/o recibos de honorarios originales.
- b) Preventis verificará el monto cubierto en base al tabulador establecido y aplicará el Copago que se indica en la Tabla de Copagos y límites.
- c) Una vez concluido el análisis se efectuará el pago de los gastos procedentes.

El monto del reembolso se calculará de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Se sumarán todos los servicios de Urgencia, ajustándolos a los límites establecidos en el Tabulador Médico de Preventis.
2. A la cantidad resultante se descontará el Copago de acuerdo con el porcentaje establecido en la carátula de la Póliza.

La indemnización en ningún caso excederá el monto establecido por cada servicio en el Tabulador Médico de Preventis, así como de la Suma Asegurada contratada por persona por año.

Los Servicios de Urgencias podrás recibirlos por cualquier proveedor médico, pertenezca o no la Red, siempre y cuando se cumpla con la definición de Urgencia médica:

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal de los Asegurados.

Urgencia Básica (por Reembolso) cubre los siguientes servicios:

- Consulta médica, material de curación y medicamentos necesarios para el estado de Urgencia
- Estudios de laboratorio y gabinete e imagenología

Si durante una Urgencia médica se requiere de hospitalización y/o del uso de la sala de cirugías, **no se cubrirá el costo de estos servicios ni el del uso de la sala de Urgencias médicas**. Estos gastos estarán a cargo del Asegurado.

El seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuentes a los servicios de Urgencia deben ser coordinados por el MPC. En caso contrario, el Asegurado pagará el uso de estos servicios.

En ningún caso, para la cobertura de Urgencia Básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1) Ambulancia aérea o terrestre.**
- 2) Tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia que se requiera a domicilio.**
- 3) La adquisición de cualquier tipo de medicamentos para el seguimiento de un tratamiento o continuación del cuidado médico subsecuentes a los servicios de Urgencia.**

FOLLETO EXPLICATIVO

Ambulancia terrestre

Con la contratación de esta cobertura, **BBVA Seguros Salud** pone cerca de ti un prestador de Servicios de Ambulancia que tú eliges de nuestro Directorio.

Cuando un Asegurado requiera acudir al hospital y su condición de salud no le permita transportarse por sí mismo, o bien requiera trasladarse de un hospital a otro domicilio, esta cobertura ampara su traslado en ambulancia terrestre conforme a las siguientes condiciones:

- a) Traslado del lugar donde se encuentre al centro médico más cercano o hasta recorrer cien kilómetros.
 - La condición de salud del Asegurado no le permita transportarse por sí mismo.
 - Sea solicitado al CAT de **BBVA Seguros Salud** y autorizado y coordinado por el médico del mismo.

- b) Traslado de un hospital a otro domicilio
 - La condición física del paciente al egreso del hospital requiera de cuidado especial durante su traslado.
 - Sea prescrito y solicitado por el médico tratante de la Red de **BBVA Seguros Salud** al CAT.

No se cubrirán los gastos por traslado en ambulancia terrestre si no se cumplen las condiciones antes mencionadas.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas alguna Urgencia, sólo sigue estos cuatro pasos:

1. Llama al CAT y solicita la ambulancia terrestre. Si el Asegurado ya ha sido valorado por un médico de la Red de Preventis, el médico deberá comunicarse al CAT, informar sobre la condición de salud del paciente y solicitar la ambulancia.
2. El CAT evaluará las condiciones de tu póliza y del paciente y, en caso de proceder, enviará a una ambulancia terrestre a la dirección indicada.
3. Cuando la ambulancia acuda al domicilio indicado, presenta tu Credencial del Sistema de Atención para la Salud de Preventis.
4. Efectúa el Copago de acuerdo a la Tabla de copagos y límites más los impuestos, en caso de que correspondan.

En ningún caso, para la cobertura de Ambulancia terrestre, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

1) Traslados proporcionados en casos de senilidad o deterioro cerebral

Maternidad básica

Hemos creado un servicio con una excelente red de Médicos que cuidarán de tu embarazo, que cubre Preexistencias y no tiene periodos de espera.

BBVA Seguros Salud pone cerca de ti un MPC que tú eliges de nuestro Directorio y especialistas que en este caso será el ginecólogo. Ellos te proporcionarán la vigilancia y cuidados que necesites durante tu embarazo.

Creemos firmemente que prevenir y detectar enfermedades oportunamente nos facilita cumplir nuestra tarea: conservar tu salud y la de tu bebé, por lo que el sistema incluye consultas prenatales y ultrasonido.

La primera consulta tiene que ser referida por su MPC para tener acceso al ginecólogo que prestará y prescribirá los servicios que se mencionan en esta cobertura. Las siguientes consultas con su ginecólogo no es necesario que sea referida por su MPC.

Por lo que en caso de que no hayas sido referida con tu ginecólogo, te sugerimos visites lo más pronto posible a tu MPC.

Estos servicios serán prestados únicamente a la Asegurada (**se excluyen gastos médicos erogados por el recién nacido**). El servicio de Maternidad incluye:

a) Maternidad

- Consultas prenatales para el embarazo normal y de alto riesgo
- Consultas postnatales
- Dos ultrasonidos durante el periodo de embarazo

b) Servicios de laboratorio

- Este apartado cubre todos los servicios de laboratorio bajo prescripción del Médico Especialista.

Es importante tomar en cuenta lo siguiente:

- Tienes que pagar a los proveedores el Copago que corresponda conforme al Tabulador de copagos y límites descritos en tu Certificado Individual.
- Los estudios de laboratorio y ultrasonido deben ser prescritos por tu ginecólogo o por los demás Proveedores de la Red referidos previamente por tu ginecólogo.
- Los estudios de laboratorio y ultrasonido deben ser necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso, depende del criterio de tu Médico de la Red.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos de esta cláusula adicional durante tu embarazo, sólo sigue estos cuatro pasos:

1. Solicita una cita con el ginecólogo del Directorio.
2. Preséntate puntualmente a consulta y que te indique el tratamiento a seguir. En caso de que no puedas asistir, por favor cancela tu cita.
3. Presenta tu Credencial del Sistema de Atención para la Salud.
4. Efectúa el Copago más los impuestos correspondientes.

En ningún caso, para la cobertura de Maternidad básica, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1) Consultas no relacionadas con el embarazo y cualquier tipo de gasto derivado del y para el recién nacido.**
- 2) Medicamentos.**
- 3) Servicios Ambulatorios: servicios médicos prestados en un consultorio médico o en una institución autorizada, que requiera de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico o tratamiento del Asegurado.**
- 4) Uso y servicios de sala de Urgencias médicas.**
- 5) Cualquier tipo de servicio hospitalario.**
- 6) Servicios de ambulancia terrestre o aérea.**

FOLLETO EXPLICATIVO

7) Servicios diferentes a los mencionados en los incisos a y b de este apartado.

Medicamentos

La cobertura de medicamentos te permite adquirir los medicamentos recetados por tu MPC o por un médico especialista de la Red de **BBVA Seguros Salud**, en cualquiera de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, sin pagar más que el Copago contratado. Para hacer uso de los servicios sin mayores complicaciones, deberá observarse lo siguiente:

1. Los medicamentos deben ser prescritos por un médico de la Red de **BBVA Seguros Salud**.
2. El médico de la Red debe hacer la receta utilizando el Formato Pase a Farmacia.
3. Debes adquirir los medicamentos en una farmacia del Directorio. Si prefieres, puedes llamar al CAT para conocer el domicilio de la farmacia más cercana.
4. Debes surtir tu receta dentro de los siguientes siete días naturales.
5. Al surtir los medicamentos, debes presentar el Pase a Farmacia y tu Credencial del este seguro.
6. No olvides pagar el Copago indicado en la Tabla de copagos y límites en tu Credencial bajo el rubro "Medicamentos" o en tu Certificado Individual más los impuestos, en caso de que correspondan.

En caso de que la farmacia no cuente con la totalidad de los medicamentos especificados en tu Pase a Farmacia, deberás acudir con otra farmacia de la Red. En ningún caso, aceptes vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptes el surtido parcial de la receta.

Un medicamento recetado por el MPC o Médico Especialista de la Red en receta particular no es considerado un medicamento amparado por esta cobertura, aunque sea surtido en una farmacia del Directorio. Asimismo, un medicamento recetado por el MPC o Médico Especialista de la Red en el Pase a Farmacia, pero que no fue surtido en una farmacia de Red, tampoco es un medicamento amparado por esta cobertura.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar en tu salud, sólo sigue estos dos pasos:

1. Si tu MPC o el Médico Especialista te receta medicamentos, lo hará en el Formato Pase a Farmacia. Si cuentas con la cobertura de medicamentos, podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, las medicinas deberán ser surtidas en los siguientes siete días naturales, pagando únicamente el Copago más el impuesto correspondiente.
2. En caso de que la farmacia no cuente con la totalidad de los medicamentos especificados en tu Formato Pase a Farmacia de **BBVA Seguros Salud**, deberás acudir a otra farmacia de la Red. En ningún caso aceptes vales para la entrega posterior de tales medicamentos, ni aceptes el surtido parcial de la receta.

En ningún caso, para la cobertura de Medicamentos, quedarán cubiertos los gastos derivados de:

- 1) **Medicamentos surtidos en farmacias que no pertenezcan a la red de proveedores, excepto cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de una Urgencia médica, según lo definido en la Póliza, siempre y cuando la Urgencia médica sea cubierta por la Póliza.**
- 2) **Medicamentos de venta libre.**
- 3) **Medicamentos en fase de investigación o experimentales.**
- 4) **Vitaminas, minerales, suplementos nutricionales o dietéticos sin importar la prescripción médica, excepto vitaminas prenatales y vitaminas con fluoruro para niños cuando sean prescritos por un Médico de la red.**

- 5) **Medicamentos para la reducción de peso, incluyendo supresores de apetito.**
- 6) **Medicamentos anticonceptivos, así como: ungüentos, espumas, jaleas, condones, medicinas de implantación, dispositivos y diafragmas.**
- 7) **Medicamentos o productos cuyo objetivo sea combatir la adicción al tabaco, drogas o alcohol.**
- 8) **Productos cosméticos, de belleza u otros que se utilicen para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel; así como medicinas utilizadas para el tratamiento de la calvicie.**
- 9) **Medicamentos para aumentar el desempeño atlético.**
- 10) **Medicamentos prescritos que requieran ser reemplazados por haber sido perdidos o dañados.**
- 11) **Medicamentos para tratamientos y procedimientos que no estén cubiertos por esta Póliza.**
- 12) **Medicamentos que no estén en el listado de medicamentos de BBVA Seguros Salud.**
- 13) **Medicamentos adquiridos en el extranjero.**
- 14) **La aplicación de medicamentos.**

BBVA Seguros Salud no será responsable por cualquier reclamación o demanda por lesiones o enfermedades que resulten por el uso de cualquier medicamento surtido por los Proveedores de la Red.

BBVA Seguros Salud y sus proveedores no serán responsables de surtir los medicamentos incluidos en el Listado de Medicamentos, si hubieren dejado de fabricarse ya sea en forma temporal o definitiva.

Dental

Con la contratación de esta cobertura, **BBVA Seguros Salud** te ofrece el Sistema Integral de Atención para la Salud Dental más innovador y completo que existe en el país, con una excelente red de odontólogos que cuidarán de tu salud bucodental, que cubre Preexistencias y no tiene periodos de espera.

BBVA Seguros Salud pone cerca de ti un odontólogo que tú eliges de nuestro Directorio que es llamado Odontólogo de Primer Contacto (OPC). Él te proporcionará la vigilancia y cuidados bucodentales que necesites. Además de los servicios odontológicos cubiertos, el sistema incluye un programa constante de atención dental preventiva.

Al igual que en el plan Protección Básica, en donde tienes un Médico de Primer Contacto (MPC) encargado del mantenimiento de tu salud, en el plan Dental tienes un Odontólogo de Primer Contacto (OPC) cuya función es proporcionarte atención dental y vigilar tu salud buco-dental. Cada miembro de la familia debe elegir a su propio OPC del Directorio de Servicios Dentales, mismo que puede cambiar cuando así lo desee. La cobertura de Dental cubre los siguientes servicios siempre y cuando sean otorgados por tu OPC.

FOLLETO EXPLICATIVO

1. Servicios Diagnósticos

Los servicios diagnósticos cubiertos para vigilancia y detección oportuna de problemas bucodentales son:

- a) Consulta con el odontólogo
- b) Radiografías periapicales, oclusales y aletas de mordida
- c) Una serie radiográfica completa (14Rx) al año
- d) Prueba de vitalidad pulpar

2. Servicios Preventivos

Los servicios preventivos cubiertos son:

- a) Enseñanza de técnicas de cepillado, uso del hilo dental y su importancia
- b) Dos limpiezas dentales al año a mayores de 14 años
- c) Dos limpiezas dentales al año con aplicación tópica de flúor a menores de 14 años

3.- Servicios Restaurativos

Para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad bucodental, los servicios restaurativos cubiertos son:

a) Servicios restaurativos

- 1) Atención médico dental en el consultorio
- 2) Amalgamas
- 3) Resinas simples
- 4) Curaciones sedativas
- 5) Reconstrucción con pin
- 6) Recubrimientos pulpar directo e indirecto
- 7) Tratamiento endodóntico en anteriores
- 8) Tratamiento endodóntico en premolares
- 9) Tratamiento endodóntico en molares
- 10) Incrustaciones metálicas
- 11) Onleys metálicas
- 12) Drenaje de absceso intraoral
- 13) Pulpotomías
- 14) Extracciones simples

b) Odontopediatría

- 1) Atención médico dental en el consultorio
- 2) Amalgamas en dientes permanentes
- 3) Resinas simples en dientes permanentes
- 4) Curaciones sedativas
- 5) Aplicación de selladores de fisuras
- 6) Pulpotomías
- 7) Extracciones simples de dientes temporales así como permanentes

c) Medicamentos para tratamientos odontológicos cubiertos

Si el OPC te recetó algún medicamento, deberás acudir a una farmacia del Directorio presentando el Pase a farmacia que te dio el Odontólogo y tu Credencial vigente de **BBVA Seguros Salud**. En caso de no presentar estos documentos, la farmacia no tiene obligación de surtir la receta.

Al adquirir los medicamentos sólo pagarás el Copago más los impuestos, en caso de que corresponda (indicado en tu Credencial con el nombre de Medicamento Dental), siempre y cuando sean prescritos en el Pase a Farmacia y surtidos en una farmacia del Directorio.

De no existir la totalidad de los medicamentos especificados en el Formato Pase a Farmacia, deberás acudir a otra farmacia del Directorio. Por favor, no aceptes vales para la entrega posterior de los medicamentos ni aceptes el surtido parcial de la receta.

El OPC puede prescribir solamente medicamentos con los siguientes propósitos terapéuticos: analgésicos, anti-inflamatorios, antipiréticos y antibióticos.

Si el OPC prescribió medicamentos con propósito terapéutico distinto antes descrito, aún cuando acudas a una farmacia del Directorio o si adquieres más medicamentos de los especificados en el Pase a Farmacia, serás responsable de pagar el costo de éstos.

Es muy fácil hacer uso de los servicios médicos cuando tengas algún malestar dental, sólo sigue estos cinco pasos:

1. Solicita una cita con tu OPC.
2. Preséntate puntualmente con tu OPC para recibir consulta y te indique el tratamiento a seguir. En caso de que no puedas asistir, por favor, cancela tu cita.
3. Efectúa el Copago más los impuestos, en caso de que correspondan.
4. Si tu OPC te receta medicamentos, esto lo hará en el Formato Pase a Farmacia y podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, en un lapso no mayor a siete días naturales, pagando únicamente el Copago indicado en la Tabla de copagos y límites más los impuestos, en caso de que correspondan.
5. Si tu OPC te solicitó radiografías, él te entregará el Formato de Consulta y Servicios Referidos para que acudas a recibirlos. Algunos estudios requieren cita o condiciones especiales, te recomendamos llamar antes al gabinete de tu elección del Directorio y consultar las condiciones en que debes presentarte y si requieres cita, hacerla. Al acudir al establecimiento, no olvides presentar tu Credencial de **BBVA Seguros Salud** para pagar el Copago más los impuestos, en caso de que correspondan.

Esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- 1) Prótesis fija y removible.**
- 2) Cirugía oral con excepción de extracción simple.**
- 3) Ortodoncia.**
- 4) Traumatismo por accidente.**
- 5) Fracturas dentales.**
- 6) Servicios médicos y de hospital.**
- 7) Cualquier servicio a causa de Urgencia médica.**

Servicios médicos a domicilio

BBVA Seguros Salud pone a tu disposición un Médico o una Enfermera que tú eliges de nuestro Directorio. Ellos te proporcionarán la atención necesaria en caso de que tú no puedas ir al consultorio o necesites cuidados especiales.

FOLLETO EXPLICATIVO

El Servicio de Médico y/o Enfermera a Domicilio cubre los siguientes servicios siempre y cuando sean coordinados y autorizados por el CAT, siguiendo los siguientes pasos:

a) Consulta a domicilio

Cuando tengas un grado de incapacidad física que no te permita desplazarte al consultorio de tu Médico de Primer Contacto, sigue estos pasos para recibir consulta a domicilio:

1. Llama al CAT y solicita un médico a domicilio.
2. El CAT evaluará las condiciones de tu póliza y, en caso de proceder, enviará a un médico de la Red al domicilio del Asegurado.
3. Cuando el médico acuda al domicilio indicado, presenta tu Credencial de **BBVA Seguros Salud**
4. Efectúa el Copago más los impuestos correspondientes.
5. Si el médico prescribe medicamentos por un tratamiento cubierto, él te entregará el Pase a Farmacia, que deberás presentar en cualquiera de las farmacias del Directorio. Las medicinas deberán ser surtidas en los siguientes siete días naturales.

b) Enfermera a domicilio

Cuando requieras de una enfermera por sufrir una enfermedad o accidente amparado, este servicio deberá ser prescrito y solicitado por el médico tratante del Directorio. El procedimiento es el siguiente:

1. Una vez que el médico tratante del Directorio haya valorado al Asegurado y determine que requiere una enfermera, llamará al CAT para solicitar el servicio.
2. El CAT evaluará las condiciones de tu póliza y, en caso de proceder, enviará a una enfermera de la Red al domicilio del Asegurado.
3. Cuando la enfermera acuda al domicilio indicado, presenta tu Credencial de **BBVA Seguros Salud**.
4. Efectúa el Copago más los impuestos correspondientes.

Esta cobertura en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- 1) Cuidado proporcionado por enfermeras o personal de asistencia en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- 2) Tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia que se requiera a domicilio.
- 3) Tratamientos para rehabilitación a domicilio.
- 4) La adquisición de cualquier tipo de medicamentos.

Exclusiones aplicables a todas las coberturas

Esta Póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- 1) Servicios hospitalarios.**
- 2) Cualquier servicio de cuidados intensivos.**

- 3) Cuidados intensivos en el caso de maternidad y los cuidados intensivos neonatales.
- 4) Servicios, productos y procedimientos experimentales o de investigación.
- 5) Tratamientos fuera de la vigencia de esta Póliza.
- 6) Salud reproductiva, equipo médico de rehabilitación, órtesis y prótesis, fisioterapia y medicina física; terapia del lenguaje, ni tampoco servicios médicos derivados de sus consecuencias y/o complicaciones.
- 7) Servicios o productos proporcionados por proveedores no pertenecientes a la red de proveedores.
- 8) Procedimientos de fertilización in vitro y transferencia de embrión u óvulo; tratamientos por esterilidad relacionados con un padre sustituto; procedimientos de reversión de una esterilización voluntaria; medicamentos orales recetados para el tratamiento de esterilidad; medicamentos anticonceptivos implantables, dispositivos o instrumentos anticonceptivos que no requieren receta; amniocentesis e inyecciones de hormona gonadotropina-coriónica (HCG).
- 9) Tratamientos quiroprácticos.
- 10) La compra o renta de equipo, incluyendo: bicicletas para ejercicio, purificadores de aire, aires acondicionados, purificadores de agua, almohadas alergénicas, colchones, camas de agua o silla de ruedas eléctricas; compra o renta de escaleras eléctricas o elevadores, saunas, albercas y artículos para el hogar.
- 11) Abastecimiento o reemplazo de aparatos auditivos.
- 12) Lentes, incluyendo: de contacto, cristales, micas, intraoculares, así como los armazones y exámenes para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento.
- 13) Honorarios de una persona que brinde productos, servicios o tratamientos relacionados con el cuidado en el hogar, para ayudar a caminar, acostarse, levantarse, bañarse, vestirse, preparación de dietas especiales.
- 14) Pruebas dermoimmunológicas aunque estén orientadas al diagnóstico, así como las pruebas citotóxica, radioalergosorbente (RAST), determinación de la piel por titulación, auto-inyección de orina y pruebas de provocación y de neutralización para alergias.
- 15) Abortos voluntarios ni sus consecuencias y/o complicaciones.
- 16) Cuidados rutinarios del pie, incluyendo: limar callos, callosidades y uñas, excepto tratamientos médicamente necesarios por condiciones de circulación.

FOLLETO EXPLICATIVO

- 17) Tratamientos contra la adicción a drogas, alcohol o tabaquismo, así como sus complicaciones y/o consecuencias directas o indirectas.
- 18) Complicaciones derivadas o que puedan surgir durante o después de un tratamiento médico que cause adicción.
- 19) Terapias alternativas, así como acupuntura, bioretroalimentación, hipnoterapia y terapia recreativa, educativa, manipuladora o de sueño. Terapia primaria, terapia de Rolf, psicodrama, terapia megavitamínica, terapia bioenergética, entrenamiento de percepción visual, terapia de dióxido de carbono o servicios relacionados con este tipo de tratamiento; y la medicina no alópata.
- 20) Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de peso o contra la obesidad, así como engrapado gástrico, inserción y extracción de globos, anastomosis gástrica y otros servicios, productos y procedimientos así como las complicaciones que resulten de ellos; así como consultas, cuidados o tratamientos nutriólogos.
- 21) Servicios para la enseñanza de niños atrasados, así como la evaluación o tratamientos de problemas de aprendizaje o disfunciones mínimas del cerebro o trastornos de desarrollo y aprendizaje; pruebas de diagnóstico relacionadas con problemas del comportamiento así como su entrenamiento y rehabilitación cognoscitiva, demoras en el desarrollo y trastornos por falta de concentración.
- 22) Cuidados, tratamientos e internamientos para la salud mental, así como cuidados o tratamientos psiquiátricos, psicológicos u otros para desórdenes emocionales o mentales.
- 23) Procedimientos o tratamientos destinados a alterar las características físicas del sexo biológico de un Asegurado por las características del sexo opuesto.
- 24) Consultas, terapias, tratamientos productos o asesorías para disfunciones o adecuaciones sexuales.
- 25) Gastos erogados por el tratamiento de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (S.I.D.A.) y sus complicaciones, incluyendo la enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi y las derivadas de su evolución.
- 26) El comercio o transportación de órganos y tejidos, incluyendo la sangre y sus componentes, cadáveres, fetos o restos de seres humanos.
- 27) Servicios prestados en el extranjero.
- 28) Servicios médicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Asegurado.
- 29) Los estudios prenupciales o de ingreso a la institución contratante o cualquier otra institución que requiera el Asegurado.

- 30) Lesiones causadas por culpa grave del Asegurado a causa de los efectos del alcohol, estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un médico.**
- 31) Lesiones sufridas en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por culpa grave del Asegurado por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales.**
- 32) Lesiones o enfermedades sufridas a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia.**
- 33) Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Asegurado, o se produzcan con el consentimiento o participación de éste.**
- 34) Cirugía cosmética o plástica y sus consecuencias y complicaciones.**
- 35) Plantillas ortopédicas de cualquier material.**
- 36) Las enfermedades o malformaciones congénitas que requieran hospitalización y/o cirugía.**
- 37) Radioterapia y quimioterapia.**
- 38) Cualquier tipo y clase de cirugía.**

Guía rápida para el acceso a los servicios médicos

Para aclarar cualquier duda que tengas sobre el Seguro de Salud Empresarial Bancomer, comunícate al CAT desde toda la república mexicana (55) 5448 6744

Cuatro puntos importantes para darte un buen servicio

1. Todos los servicios especificados en el plan elegido te serán otorgados, sin mayores complicaciones, por proveedores pertenecientes al Directorio. Un servicio médico otorgado por un proveedor que no es del Directorio, no es considerado un servicio cubierto.
2. Tú y tus beneficiarios que hayan sido autorizados por el área de Recursos Humanos de tu empresa y aceptados por el Sistema de Atención para la Salud, recibirán una credencial que los acreditará como Asegurados. Es requisito indispensable presentar esta credencial con los proveedores del Directorio para recibir los servicios médicos cubiertos.
3. Es necesario elegir a tu MPC del Directorio. El te proporcionará la atención básica y cuidados preventivos necesarios para conservar tu salud. El MPC puede ser diferente para cada miembro de la familia y podrás cambiarlo cuando tú lo desees. Es importante señalar que en caso de considerarlo necesario tu MPC podrá prescribir medicamentos por medio del Formato Pase a Farmacia y podrás surtir tu receta en alguna de las farmacias que aparecen en nuestro Directorio, en un lapso no mayor a siete días laborales. Al acudir al establecimiento, no olvides presentar tu Credencial de **BBVA Seguros Salud** al pagar el Copago más los impuestos, en caso de que correspondan.

FOLLETO EXPLICATIVO

4. Tu MPC del Directorio es el único que podrá solicitarte exámenes de laboratorio o estudios de gabinete (Radiografías, entre otros estudios), él te entregará el Formato de Consulta y Servicios Referidos para que acudas a recibirlos. Algunos estudios requieren cita o condiciones especiales, te recomendamos llamar antes al laboratorio o gabinete de tu elección del Directorio, y consultar las condiciones en que debes presentarte y si requieres cita, hacerla. Al acudir al establecimiento, no olvides presentar tu Credencial del Sistema de Atención para la Salud de Preventis al pagar el Copago más los impuestos, en caso de que correspondan.

Centro de Atención Telefónica (CAT)

Llámanos, estamos para servirte

El CAT está diseñado para resolver cualquier duda que tengas respecto al Seguro de Salud Empresarial Bancomer. Es un medio rápido y sencillo para solucionar cualquier inquietud y está a tu disposición de lunes a viernes de 8:00 a 17:30 horas.

CAT

Desde toda la república mexicana (55) 5448 6744

Ahora bien, si deseas comunicarnos alguna queja o sugerencia te agradeceremos que nos escribas, ya que tu opinión es muy importante para nosotros:

BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V., Grupo Financiero BBVA Bancomer
Av. Paseo de la Reforma 510
Col. Juárez 06600 Ciudad de México.
www.bbvassegurossalud.mx

En caso de queja o sugerencia

Puedes reportar tu queja o sugerencia a través de nuestros módulos, o bien, llamando al CAT.

Si reportas tu queja por escrito por medio de nuestros Módulos, se considerará un trámite cuyo tiempo de respuesta es de 48 a 72 horas.

Si te comunicas con nosotros, te atenderá con mucho gusto un Ejecutivo de Atención a Clientes, quien escuchará tu queja o sugerencia, si le es posible en ese momento te dará una solución de lo contrario nuestro tiempo de respuesta a una queja es de 24 a 48 horas.

El Ejecutivo de Atención a Clientes será quien le dé seguimiento a tu queja y una vez que tengamos la respuesta nos comunicaremos contigo para hacerte de tu conocimiento, si no te localizamos en el teléfono que nos indicaste, te dejaremos recado con la persona indicada para que nos llames y decirte la respuesta. Además, en caso de que hubieras presentado tu queja por escrito, se te enviará tu respuesta por escrito al domicilio que hubieras indicado, firmada por la Coordinadora del Área de Seguimiento de Quejas en un plazo máximo de 30 días hábiles contados a partir de su fecha de recepción.

En caso de que no estés satisfecho con la respuesta puedes acudir a la CONDUSEF

FOLLETO EXPLICATIVO

GLOSARIO

Centro de Atención Telefónica (CAT)

Es el lugar a donde puedes llamar para que de forma fácil y rápida obtengas la información que necesitas.

Copago

Es un monto fijo o porcentaje que se debe pagar al proveedor del Directorio en el momento de recibir un servicio médico, además de los impuestos correspondientes. El Copago es diferente para cada proveedor y las cantidades están establecidas en tu Certificado Individual y en tu Credencial de Preventis.

Directorio de servicios dentales

Es el directorio donde aparecen los odontólogos del Sistema de Atención para la Salud, ahí encontrarás su teléfono y dirección.

Directorio de servicios médicos de salud

Es el directorio donde aparecen los proveedores del Sistema de Atención para la Salud. Ahí encontrarás el teléfono y dirección de médicos, laboratorios, gabinetes y farmacias.

Formato de Consulta y Servicios Referidos

Cuando tu MPC considere que necesites estudios auxiliares para apoyar su diagnóstico, él te podrá referir con un proveedor del Directorio de Servicios Médicos Salud de Preventis, indicándolo en el Formato de Consulta y Servicios Referidos.

El MPC te entregará el formato y junto con tu Credencial del Sistema de Atención para la Salud de Preventis, deberás presentarte con el proveedor del Directorio de Servicios Médicos Salud para recibir el servicio solicitado.

Sólo los proveedores de nuestra Red te podrán recibir / referir con estos formatos.

Este formato es válido por un tiempo limitado y solamente para los servicios que el médico especifica en ellos, por lo que es necesario acudir a recibir estos servicios en la fecha especificada.

Formato de referencia

Es una forma especialmente diseñada para nuestro sistema y que sirve para que tu MPC te remita con un médico especialista del Directorio de Servicios Médicos de Salud. Este formato sólo es válido de y para proveedores del Directorio de Servicios Médicos de Salud de Preventis.

Formato múltiple de servicios

Es una forma especial que te entregará tu MPC para que puedas solicitar, con proveedores del Directorio, los medicamentos, servicios de laboratorio o gabinete que te recete. Este formato sólo es válido de y para proveedores del Directorio de Servicios Médicos de Preventis.

El surtido de medicamentos solo aplica siempre y cuando se tenga contratada la póliza que cubre estos gastos, la Póliza Adicional de Medicamentos.

Formato Pase a Farmacia

Cuando tu MPC considere que necesitas medicamentos, él te los prescribirá en el Formato de Pase a Farmacia, que deberás surtir en una farmacia del Directorio de Servicios Médicos Salud de Preventis.

Sólo los proveedores de nuestra Red te podrán prescribir con estos formatos.

Este formato es válido por un tiempo limitado y solamente para los medicamentos que el médico especifica en el, por lo que es necesario acudir a recibir estos servicios en la fecha especificada.

Médico de Primer Contacto (MPC)

Es el médico que tú eliges y que está a cargo de tu salud integral. Es el único que puede canalizarte para que recibas otro servicio médico que considere necesario.

El MPC puede ser un médico familiar o pediatra para los niños.

Odontólogo de Primer Contacto (OPC)

Es el médico odontólogo que tú eliges y cuya función es proporcionarte atención dental y vigilar tu salud buco-dental.

Preexistencia

Se considera que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivas ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado, en los términos del **artículo 8º. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**. Para efectos de Preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

Tabla de copagos y límites

Listado de servicios médicos cubiertos con proveedores del Directorio de Servicios Médicos de Salud de Preventis y que tienen Copago o límite en su uso.

Urgencia médica

Necesidad de suministrar inmediatamente servicios médicos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que de no realizarse comprometería la vida, la función o la integridad corporal de los Asegurados.

¡Prescripción!

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del **artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**, salvo los casos de excepción consignados en el **artículo 82 de la misma Ley**.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el **artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**.

Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esta Institución de Seguros.

Para consultar la red de proveedores ponemos a tu disposición el siguiente enlace <https://www.bbvassegurossalud.com.mx/directorio-medico-salud/> y donde puedes tener acceso a la versión actualizada del Suplemento al presente folleto.

“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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 01 de junio de 2010, con el número CNSF-H0704-0121-2009 y del día 25 de febrero de 2019, con el número CGEN-H0704-0001-2019/CONDUSEF-000417-02”.

**BBVA Bancomer Seguros Salud, S.A. de C.V.,
Grupo Financiero BBVA Bancomer**

Centro de Atención

BBVA Seguros Salud

Asesoría personalizada de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 hrs.
Desde toda la república mexicana: **(55) 9171 4000 ext. 97092**

Atención a Siniestros:

Desde toda la república mexicana **(55) 5448 6744**

Servicio las 24 hrs., los 365 días del año