

Condiciones Generales

Alfa MEDICAL

Mayo 2010

I. DEFINICIONES

II. GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

III. COBERTURAS

1. MATERNIDAD
2. CIRCUNCISIÓN
3. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS
4. NARIZ Y SENOS PARANASALES
5. TRATAMIENTOS DENTALES
6. HERNIAS
7. DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS
8. AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA
9. ASISTENCIA ALFA MEDICAL
10. PROTECCIÓN PATRIMONIAL

IV. PADECIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA

V. EXCLUSIONES GENERALES

VI. COBERTURAS OPCIONALES

1. COBERTURA DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO
2. COBERTURA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO
3. COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO
4. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE
5. EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO
6. COBERTURA DE VIH

VII. BASES PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN

VIII. CLÁUSULAS GENERALES

IX. PROCEDIMIENTOS PARA EL USO DE TU PÓLIZA

X. CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

DIRECTORIO DE PROVEEDORES MÉDICOS

DIRECTORIO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS Y DESCUENTOS

Estimado asegurado:

Ya cuentas con la mejor protección para lo más valioso de tu vida: la salud. Alfa Medical es el seguro de gastos médicos mayores, respaldado por la experiencia de Seguros Monterrey New York Life, que te ofrece la tranquilidad de saber que estás preparado para afrontar económicamente un posible accidente o enfermedad.

Te damos una cordial bienvenida a nuestro grupo de asegurados y te agradecemos el permitirnos ser la Compañía de tu Vida. A continuación encontrarás todos los detalles acerca de tu plan Alfa Medical. Te pedimos que leas cuidadosamente estas condiciones generales para que estés informado sobre todo lo que cubre tu póliza, así como las exclusiones que tiene cada cobertura. Además, en la sección de “Procedimientos para el uso de tu póliza” podrás conocer los pasos a seguir para hacer uso de la póliza en el momento en el que la necesites.

Con el objetivo de proporcionarte información clara y oportuna, al principio del documento encontrarás un glosario con la definición de todos los términos que forman este contrato. Sin embargo, estamos a tus órdenes para aclarar cualquier duda en el 01 800 00 TU SALUD (88 72583). Llámanos, con gusto te atenderemos.

Seguros Monterrey New York Life te ofrece toda una gama de servicios médicos de alta calidad que te respaldarán en el momento en el que los necesites. Vitamédica cuenta con más de 17 años de experiencia en la administración de pago de indemnizaciones y en el manejo de prestadores de servicios médicos y está a tus órdenes en el 01 800 90 621 00. Adicionalmente, cuenta con módulos de atención en los principales hospitales del país.

Porque tu salud es cosa seria, tú ya cuentas con la protección médica que necesitas.

Atentamente,

Mario Vela Berrondo
Director General

OBJETO DEL SEGURO

A través del seguro de gastos médicos mayores Alfa Medical, **Seguros Monterrey New York Life** se compromete a cubrir los gastos médicos necesarios ocasionados por un accidente, enfermedad, embarazo o parto amparados por esta póliza, que sean erogados dentro del territorio que se estipula en la carátula de la póliza.

Los gastos a cargo de Seguros Monterrey New York Life se describen a lo largo de estas Condiciones Generales. El asegurado deberá pagar el deducible y el coaseguro establecidos en el contrato.

I. DEFINICIONES

Para la interpretación y cumplimiento de este contrato las partes adoptan las siguientes definiciones:

INTEGRANTES DE LA PÓLIZA

ASEGURADO

Persona física residente en territorio de la República Mexicana, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus dependientes y de su propia persona, en cuya previsión y cobertura se expide la presente póliza.

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 ella.

DEPENDIENTES

Cónyuge e hijos del asegurado, así como cualquier persona que se encuentre asegurada en la póliza, con residencia permanente en la República Mexicana, siempre que hayan sido aceptados por Seguros Monterrey New York Life y así conste por escrito en la presente póliza.

Únicamente estarán cubiertos por la póliza el Asegurado y sus Dependientes que vivan permanentemente en la República Mexicana.

INSTITUCIÓN ASEGURADORA

Seguros Monterrey New York Life.

PROPIAS DE LA COBERTURA

ACCIDENTE AMPARADO

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa súbita, fortuita y violenta, que produzca la muerte o lesiones corporales al asegurado o a cualquiera de sus dependientes previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de un acontecimiento que no esté excluido expresamente en ella.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente amparado que les dio origen.

En caso de que el asegurado reciba atención médica después de los 30 días posteriores al accidente, dicha atención se considerará como enfermedad.

ANESTESIÓLOGO

Médico especializado en la preparación y suministro de la anestesia.

BASE DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Monto máximo que pagará la compañía por cada accidente y/o enfermedad cubiertos, por concepto de honorarios médicos.

CATÁLOGO DE HONORARIOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Es la tabla que contiene el valor porcentual de los Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecidos por Seguros Monterrey New York Life.

El porcentaje obtenido en esta tabla se aplicará multiplicándolo por la base de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que aparece en la carátula de la póliza

El Catálogo de Honorarios es descriptivo más no limitativo, por lo que si no se encuentra un padecimiento especial, el asegurado podrá solicitar a Seguros Monterrey New York Life que le proporcione el porcentaje que se aplicará, siempre y cuando este padecimiento no se encuentre expresamente excluido.

ELIMINACION O REDUCCION DE PERIODOS DE ESPERA

Cuando el asegurado haya tenido una póliza similar de gastos médicos mayores con alguna otra Aseguradora, la institución podrá eliminar o reducir períodos de espera, mediante un endoso.

ENFERMEDAD AMPARADA O PADECIMIENTO AMPARADO

Toda alteración en la salud, diagnosticada por un médico legalmente autorizado, que sufra el asegurado o cualquiera de sus dependientes previamente dados de alta en esta póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor y se trate de una alteración que no esté excluida expresamente en ella.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad amparada que les dio origen.

ENFERMEDAD TERMINAL

La que, conforme a la opinión del médico tratante, corroborada por una segunda valoración médica, sea incurable y mortal, siempre que el pronóstico de sobrevivencia del paciente, hecho por los mismos facultativos, sea menor de un año.

ENFERMERA

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

GASTOS CUBIERTOS:

Se cubren los insumos médicos de cualquier especie, servicios hospitalarios, honorarios profesionales (médicos, anesthesiólogos, terapeutas y enfermeras) y otro tipo de gastos, tales como medicamentos, estudios e insumos de laboratorio y gabinete, que sean necesarios e indispensables para el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, accidentes y maternidad amparados y que sean prescritos por un médico con base a las normas y protocolos médicos establecidos por las autoridades sanitarias, los colegios médicos y/o instituciones académicas.

GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

Es el valor monetario de los bienes y servicios materia de este contrato, diferentes a los honorarios médicos por servicios profesionales, que son establecidos convencionalmente a través de listas de precios por los proveedores de servicios, insumos y equipos médicos, debidamente registrados ante las autoridades competentes para ejercer este tipo de actividad comercial.

HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

Para fines de este contrato los hospitales se clasifican en el directorio de proveedores médicos de acuerdo a la zona y plan contratado.

INGRESO DIRECTO AL HOSPITAL

Servicio en el que Seguros Monterrey New York Life puede ofrecer el pago directo a los prestadores de servicios dentro de su red. Para ofrecer este servicio es necesario que Seguros Monterrey New York Life cuente con la información suficiente para validar la procedencia del evento.

MEDICAMENTO

Fármaco, principio activo ó conjunto de ellos, integrado en una forma farmacéutica y destinado para su utilización en las personas, dotado de propiedades para diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades, síntomas o estados patológicos; para fines de la cobertura de la póliza deberá ser prescrito por el Médico Tratante.

MÉDICO TRATANTE

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico cirujano, designada para proporcionar atención médica al asegurado o a alguno de sus dependientes, el médico tratante puede pertenecer a la red de prestadores de servicios afiliados.

MÉDICO ESPECIALISTA

Persona que reúne los requisitos arriba mencionados y que cuenta con la certificación legal de que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica.

MÉDICO AYUDANTE

Persona que reúne los requisitos legales señalados en la definición de Médico Tratante o Especialista y actúa en auxilio de cualquiera de estos, subordinadamente en una intervención quirúrgica.

PADECIMIENTO CONGÉNITO

Padecimiento con el que se nace o que se contrae en el útero materno.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Lesiones o enfermedades que con anterioridad a la fecha de alta del asegurado o dependiente afectado, hayan sido diagnosticadas por un médico o respecto de las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran padecimientos preexistentes aquellos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la institución cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

El asegurado, en caso de que se declare la improcedencia de su reclamación por considerar preexistente su padecimiento, podrá optar por un arbitraje médico ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Si el asegurado acude a esta instancia, Seguros Monterrey New York Life se somete a comparecer y sujetarse al procedimiento arbitral, así como a la resolución del mismo, el cual vinculará al asegurado reclamante, ya que por este hecho, se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia, por lo cual las partes deberán firmar el convenio arbitral que corresponda.

El laudo que emita el árbitro, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir, será liquidado por Seguros Monterrey New York Life.

PAGO DIRECTO

Es el pago que realiza Seguros Monterrey New York Life directamente al prestador de servicios, por la atención médica de un siniestro amparado.

PERIODO AL DESCUBIERTO

Es el periodo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas.

PERIODO DE ESPERA

Es el tiempo que debe transcurrir entre la fecha inicial de contratación de la póliza y la fecha en que se cubrirán ciertos padecimientos.

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA Y OTRAS ATENCIONES MÉDICAS

Es el servicio mediante el cual Seguros Monterrey New York Life absorbe de manera directa el pago de los gastos médicos procedentes de un siniestro amparado. El trámite para la programación de cirugía y atenciones médicas se deberá realizar con al menos 5 días hábiles previos.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Es el período ininterrumpido en el que el asegurado ha contado con una cobertura de gastos médicos individual con Seguros Monterrey New York Life. Dicho período se podrá utilizar en la cobertura actual para eliminar los períodos de espera de ciertos padecimientos especificados en la póliza.

RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS AFILIADOS

Prestadores de servicios necesarios para la atención de una enfermedad o un accidente amparado, vinculados con Seguros Monterrey New York Life por convenios que tienen por objeto que ésta pague directamente a aquéllos los gastos médicos amparados.

REEMBOLSO

Es el proceso mediante el cual el asegurado cubre el importe de los gastos médicos erogados por la atención de un accidente o enfermedad amparados, solicitando posteriormente la restitución a Seguros Monterrey New York Life.

El reembolso de los gastos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, el día en que se haya efectuado el gasto.

RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato solamente estarán cubiertos por la póliza el Asegurado y sus Dependientes que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante y/o el Asegurado tienen la obligación de notificar a Seguros Monterrey New York Life el lugar de residencia de sus dependientes cuando éstos vivan en un domicilio diferente al del Asegurado.

Si el Asegurado o sus Dependientes permanecen en el extranjero por más de tres meses, deberán informar previamente al cumplimiento de este plazo, por escrito a Seguros Monterrey New York Life y pagar una extraprima sobre la prima neta total de la póliza con cobertura en el extranjero. Si el Asegurado o sus Dependientes no cumplen con esta disposición, cesarán automáticamente los efectos de este Contrato.

En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de 12 meses continuos, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del día en que se cumplan los 12 meses de estancia en el extranjero.

Seguros Monterrey New York Life podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para la atención médica fuera del territorio nacional.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Servicio que presta Seguros Monterrey New York Life al asegurado y a sus dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del asegurado y que son designados por Seguros Monterrey New York Life. Este servicio se ofrece sin costo alguno.

SEGUNDA VALORACIÓN MÉDICA

A solicitud de Seguros Monterrey New York Life el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico inicial de la enfermedad o accidente a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica y que son designados por Seguros Monterrey New York Life. Este servicio se otorga sin costo alguno.

SIGNO

Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detectan objetivamente mediante una exploración médica.

SINIESTRO O EVENTO

Cualquier accidente, enfermedad, maternidad ó parto presentado por el Asegurado o sus dependientes y que sea cubierto por la póliza.

SÍNTOMA

Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente.

URGENCIA MÉDICA

Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza; que ponga en peligro su vida o su integridad corporal , como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

VITAMÉDICA

Empresa contratada por Seguros Monterrey New York Life para:

- a) Prestar servicios de referencia médica, hospitalaria, de laboratorio y farmacéutica.
- b) Proporcionar información al asegurado y a sus dependientes, referente al alcance de su póliza.
- c) Proporcionar al asegurado y a sus dependientes información, apoyo y enlace con los prestadores de servicios contratados.

- d) Coordinar y dar seguimiento a la atención médica u hospitalaria de una enfermedad amparada o un accidente amparado, y a la prestación de los demás servicios estipulados en esta póliza.
- e) Realiza la gestión del pago de indemnizaciones

PROPIAS DEL CONTRATO

COASEGURO

Es un porcentaje previamente pactado en el contrato del seguro e identificado en la carátula de la póliza, que determina la cantidad con la cual el asegurado habrá de participar del total de los gastos cubiertos una vez descontado el deducible.

CONTRATO

Este contrato de seguro está constituido por:

- a) La carátula de la póliza, que es el documento en que se identifica al contratante, al asegurado y, en su caso, a sus dependientes, y donde se especifican las coberturas contratadas, las primas, el periodo de seguro convenido, los límites, deducibles y coaseguros pactados.
- b) Estas condiciones generales.
- c) En su caso, las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de Seguros Monterrey New York Life, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.
- d) La solicitud inicial y su cuestionario médico.

DEDUCIBLE

Es la cantidad inicial que quedará a cargo del asegurado en toda enfermedad o accidente amparados y que se identifica en la carátula de la póliza.

ENDOSO

Es un documento que forma parte del contrato de seguro que modifica los términos originales de la póliza, ampliando o limitando los beneficios de su cobertura.

PRIMA

Es la contraprestación prevista en el contrato de seguro a cargo del contratante.

SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima de pago que asume Seguros Monterrey New York Life para esta póliza por cada enfermedad, accidente, embarazo o parto amparados, en los términos y condiciones pactados en las presentes condiciones generales.

II. GASTOS MÉDICOS AMPARADOS

Los gastos médicos amparados son todos aquellos gastos necesarios médicamente originados por la atención de un accidente o enfermedad cubierta en términos de estas condiciones generales, consistentes en:

- a) Honorarios profesionales de médicos, anesthesiólogos, terapeutas y enfermeras, según el catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecido.
- b) La prestación de servicios hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias para la atención médica.
- c) La adquisición de medicamentos y materiales de tipo médico o quirúrgico y de cualquier otro bien de tipo médico.
- d) Consultas postoperatorias realizadas por el médico tratante dentro de los 15 días naturales siguientes a la operación, están incluidas dentro de los honorarios quirúrgicos.

Todos los gastos médicos amparados, deberán estar debidamente documentados con comprobantes fiscales con un máximo de 2 años de haber sido expedidos o elaborados y que la fecha de expedición del mismo no exceda la fecha de vigencia impresa en el documento.

Incluyen el Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) que generen.

Los gastos médicos amparados se detallan a continuación:

1. SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES

- a) Honorarios del Instrumentista se pagan dentro de la factura del hospital.
- b) Honorarios por Consultas de acuerdo a lo especificado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos.
- c) Honorarios por tratamientos médicos intrahospitalarios. En caso de requerir más de una consulta por día, estas deberán estar medicamente justificadas.
- d) Honorarios por tratamientos quirúrgicos.
- e) Honorarios del anesthesiólogo se cubrirán hasta por el 30% de lo pagado al cirujano.

Honorarios de los médicos ayudantes se cubrirán en conjunto, cualquiera que sea su número, hasta por el 20% de lo pagado al (los) médico(s) cirujano(s).

En cada sesión quirúrgica, los honorarios médicos amparados no excederán de los siguientes límites:

- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas por el mismo médico y en el mismo tiempo quirúrgico, ya sean en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, solamente se pagará la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos establecido para cada una de éstas.

- Si en un mismo tiempo quirúrgico, ya sea en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se le pagará el **25%** de lo tabulado para la cirugía principal. Los honorarios médicos del anesthesiólogo serán cubiertos hasta un máximo del **32%** de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.
- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas, pero no en el mismo campo operatorio ni a través de la misma incisión, se pagará el 100% de la intervención cuyo importe sea mayor de acuerdo con el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos establecido, más el 50% del pago máximo correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
- Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.
- En el caso de politraumatismos se cubrirán cada una de las intervenciones quirúrgicas realizadas al 100% cada una.
- Si hubiere necesidad de una nueva intervención para tratar complicaciones de una anterior, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
- Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten dos padecimientos de los cuales solamente uno está cubierto, se pagará:
 - a) Honorarios Médicos del padecimiento cubierto al 100%
 - b) 60% de la factura hospitalaria total

SIEMPRE Y CUANDO SE SIGA EL PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

2. SERVICIOS DE HOSPITAL

- a) Cuarto de hospital sencillo, privado, estándar, con baño y cama extra para un acompañante. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado en territorio nacional.

En el caso de tener cobertura de urgencias en el extranjero, se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$400 (cuatrocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

En caso de tener cobertura internacional se cubrirá un cuarto de hospital hasta por el equivalente por día en moneda nacional de \$500 (quinientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.).

- b) Sala de operación, de recuperación y de urgencias.

- c) Unidad de terapia intensiva. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado en territorio nacional.

En el caso de tener cobertura de urgencias en el extranjero, se otorgará por día hasta el equivalente en moneda nacional de \$800 (ochocientos) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.) previa comprobación de los gastos realizados.

En caso de tener cobertura internacional se cubrirá un cuarto de hospital hasta el equivalente por día en moneda nacional de \$1,000 (mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.).

- d) Medicamentos y materiales de curación y cualquier otro bien de tipo médico.
- e) Adquisición y aplicación de sueros, aplicación de sangre, plasma o cualquier otro derivado sanguíneo, incluyendo estudios hechos a posibles donadores de sangre.
- f) Exámenes de laboratorio, gabinete e imagenología.

3. TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS Y DE REHABILITACIÓN

Honorarios por los tratamientos de manera enunciativa más no limitativamente de radioterapia, quimioterapia, hidroterapia e inhaloterapia, ordenados por el médico tratante y que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados y que no se encuentren expresamente excluidos dentro de la cláusula "V. Exclusiones Generales"

4. HONORARIOS DE ENFERMERAS

Se cubrirán como máximo 720 horas de atención por enfermedad o accidente amparados, siempre que estos servicios sean indicados por el médico tratante para cuidados extrahospitalarios.

5. TRATAMIENTOS HOMEOPÁTICOS y QUIROPRÁCTICOS

Se cubrirán siempre que sean prescritos y aplicados por médicos homeópatas y quiroprácticos titulados.

6. MEDICAMENTOS

Adquisición de medicamentos prescritos por el médico tratante, necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados, siempre y cuando se acompañe la factura de la farmacia con la receta correspondiente.

7. SERVICIOS DE LABORATORIO, GABINETE E IMAGENOLÓGIA

Estos quedarán cubiertos cuando sean ordenados por el médico tratante y sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o accidente amparados

8. PRÓTESIS, EQUIPO ORTOPÉDICO Y SIMILARES

Adquisición del equipo ortopédico y prótesis ordenados por el médico tratante y que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados, incluido el implante coclear y sus aditamentos externos. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el equipo o prótesis requerida. Para prótesis que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 pesos (Ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.).

En ningún caso la Institución Aseguradora pagará más de \$500,000 pesos (Quinientos mil pesos 00/100 M.N.) por Asegurado o Dependiente para cubrir gastos, costos u honorarios médicos para la adquisición, y colocación de neuroestimuladores.

9. EQUIPO PARA RECUPERACIÓN EXTRAHOSPITALARIA

Renta de equipos para recuperación extrahospitalaria, tales como cama tipo hospital, silla de ruedas, ventiladores, muletas, nebulizadores o cualquier otro equipo mecánico usado para este fin, ordenado por el médico tratante y necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente amparados. El monto máximo a pagar será el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el equipo requerido. Para equipos que incluyan servomecanismos electrónicos y/o computarizados el tope máximo a pagar será de \$170,000 (Ciento setenta mil pesos 00/100 M.N.).

10. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En caso de que se requiera una intervención quirúrgica o tratamiento médico a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados, Alfa Medical ofrece al asegurado y a sus dependientes, sin costo, una segunda opinión médica emitida por especialistas que no participarán de ninguna manera en la atención de la enfermedad o accidente amparado.

La solicitud para una segunda opinión médica deberá hacerse de acuerdo a lo establecido en la sección "procedimientos para el uso de tu póliza" de estas condiciones generales, con al menos cinco días hábiles previos a la fecha de la cirugía.

1. MATERNIDAD

Esta cobertura aplica únicamente para todas las aseguradas o dependientes mujeres entre los 15 y 44 años de edad.

A. BENEFICIO DE MATERNIDAD

A.1 Estarán cubiertos los gastos con motivo de:

- Cuidado médico de la madre y el producto en la etapa prenatal (consultas), durante el parto y en la etapa postnatal (consultas durante los 30 días posteriores al nacimiento)
- Cesárea, independientemente de la causa que la origine, hasta el monto estipulado como beneficio de maternidad en la carátula de la póliza.
- Honorarios profesionales de:
 - a) Cirujano
 - b) Anestesiólogo
 - c) Ayudante
- Servicios hospitalarios médicamente necesarios para la atención.
- Cuidados rutinarios del recién nacido sano
- Honorarios del pediatra por atención del recién nacido sano (consultas hasta 30 días posteriores al nacimiento)

Esta cobertura aplica siempre y cuando la fecha esperada de nacimiento sea posterior a 10 meses de contar la madre con cobertura continua en la póliza.

A.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:

- El evento se pagará conforme a los términos y condiciones del plan que se haya tenido contratado 10 meses antes de la fecha esperada del parto.
- El monto de la suma asegurada será el correspondiente a la antigüedad de la madre en una póliza individual de gastos médicos de la compañía, actualizada al momento del parto.

A.3 El beneficio de maternidad tiene el siguiente alcance:

- a) El beneficio máximo en territorio nacional es el indicado en la carátula de la póliza de acuerdo a lo estipulado en el punto A.2.
- b) La cobertura no aplica si el deducible contratado es mayor a la suma asegurada para este beneficio.
- c) No aplica deducible ni coaseguro los primeros 3 años.
- d) Del cuarto año en adelante aplica el deducible y coaseguro contratado en el plan vigente 10 meses antes de la fecha esperada del nacimiento, sin aplicar reducción alguna por tales conceptos. No obstante lo indicado en el incisos A y B de la cláusula VII. "Bases para determinar la indemnización". En caso de que el monto reclamado después de aplicar el deducible y coaseguro, sea menor que el beneficio del tercer año, se aplicará la regla de indemnización del tercer año.

- e) Las aseguradas entre 40 y 44 años de edad del cuarto año en adelante recibirán como beneficio máximo el indicado en la carátula de la póliza.
- f) El beneficio máximo en territorio internacional es de \$5,000 (cinco mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.), el cual solamente se pagará en pólizas que tengan cobertura internacional, o en aquellas pólizas con franja fronteriza y que decidan atenderse en los Estados Unidos de América (E.U.A.).

B. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

B.1 Bajo esta cobertura estarán amparadas enunciativa más no limitativamente las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, tales como:

- Embarazo molar
- Embarazo extrauterino
- Preeclampsia
- Eclampsia
- Placenta acreta
- Placenta previa
- Atonía uterina
- Sepsis puerperal
- Aborto o legrado no punible

Esta cobertura aplica siempre y cuando la fecha esperada de nacimiento sea posterior a 10 meses de contar la madre con cobertura continua en la póliza.

B.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:
El evento se pagará conforme a los términos y condiciones del plan que se haya tenido contratado 10 meses antes de la fecha esperada del parto.

B.3 Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- a) El beneficio máximo es la Suma Asegurada contratada en el plan, de acuerdo a lo estipulado en el punto B.2.
- b) El deducible y coaseguro estipulados estarán a cargo del asegurado.

C. COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

Esta cobertura aplica siempre y cuando la fecha esperada del nacimiento sea posterior a 10 meses de contar la madre con cobertura continua en la póliza.

El recién nacido quedará asegurado desde la fecha de nacimiento sin selección médica ni solicitud de ingreso durante el año póliza en que haya nacido; para continuar con esta cobertura deberá ser dado de alta en un período máximo de 30 días a partir de la siguiente renovación, de acuerdo al inciso 3 K de la cláusula VIII "Cláusulas Generales".

C.1 Bajo esta cobertura estarán amparados:

- Los nacimientos prematuros.
- Los padecimientos congénitos ya sea con tratamiento in-útero o al nacimiento.

- Las enfermedades y accidentes que sufra el menor durante el periodo de seguro en que ocurra el nacimiento.
- El paquete de recién nacido, cuando el hospital lo proporcione.

C.2 Las condiciones para el pago de este beneficio, son las siguientes:

- El evento se pagará conforme a los términos y condiciones del plan que se haya tenido contratado 10 meses antes de la fecha esperada del parto.

C.3 Esta cobertura tiene el siguiente alcance:

- a) El beneficio máximo es la Suma Asegurada contratada para la póliza de acuerdo a lo estipulado en el punto C.2

- b) El deducible y coaseguro estipulados estarán a cargo del asegurado

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE MATERNIDAD

Abortos y legrados uterinos punibles y/o cuando sean voluntarios y sus complicaciones.

2. CIRCUNCISIÓN

Queda amparada la circuncisión siempre y cuando sea médicamente necesaria para nacidos dentro y fuera de la vigencia de la póliza, con un tope de \$4,000 pesos, sin aplicación de deducible y coaseguro.

3. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS PARA NACIDOS FUERA DE VIGENCIA

Se cubrirán los padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza siempre y cuando el asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza y que cumplan con las siguientes características:

1. Que no se haya realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.
2. Que el padecimiento haya sido desapercibido por el asegurado a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.
3. Que no se hayan efectuado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.

4. NARIZ Y SENOS PARANASALES

A. TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES POR ACCIDENTES:

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales que se prescriban y apliquen por las lesiones que resulten a consecuencia

inmediata y directa de un accidente amparado, siempre y cuando el tratamiento se dé dentro de los primeros treinta días naturales posteriores al accidente.

El coaseguro que se aplicará para la indemnización de estos gastos será de 25 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, no obstante lo indicado en el inciso B de la cláusula VII. "Bases para determinar la indemnización".

B. TRATAMIENTOS DE NARIZ Y SENOS PARANASALES POR ENFERMEDAD:

Se cubren los tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz y senos paranasales cuando se deriven de cualquier enfermedad amparada, siempre y cuando el asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza.

El coaseguro que se aplicará para la indemnización de estos gastos será de 25 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, no obstante lo indicado en el inciso B de la cláusula VII. "Bases para determinar la indemnización".

5. TRATAMIENTOS DENTALES

Se cubren los tratamientos necesarios prescritos por médico cirujano dentista o cirujano maxilofacial para reponer o restaurar las piezas dentales naturales dañadas o perdidas, cuando se prescriban y deriven de lesiones o padecimientos que resulten a consecuencia inmediata y directa de un accidente amparado, siempre que sean autorizados previamente por Seguros Monterrey New York Life por conducto de Vitamédica, con la presentación de los estudios anteriores al tratamiento y siempre y cuando el tratamiento se dé dentro de los primeros treinta días naturales posteriores al accidente.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE TRATAMIENTOS DENTALES.

- 1. Los tratamientos y cirugías dentales, alveolares, gingivales y maxilofaciales así como sus complicaciones cuando se deriven de cualquier enfermedad.**

6. HERNIAS

Se cubrirán los tratamientos médicos o quirúrgicos de:

Hernias siempre y cuando el asegurado tenga al menos un año de cobertura continua en la póliza y no se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico previo, ni se hayan erogado gastos, a la fecha de inicio de la cobertura de la póliza. Las hernias abdominales incluyendo las inguinales, se cubrirán sujetas a Segunda Valoración Médica.

- a) Hernias de disco, siempre y cuando el asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza y no se hayan presentado signos ni

síntomas, ni realizado diagnóstico médico previo, ni se hayan erogado gastos, a la fecha de inicio de cobertura de la póliza.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE HERNIAS.

Queda excluida independientemente de la causa que lo origine la diástasis de músculos rectos abdominales, incluyendo hernia ventral y/o el procedimiento de abdominoplastia.

7. DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS

Se cubren los tratamientos o cuidados médicos necesarios a consecuencia de accidentes o lesiones derivados de la práctica no profesional de deportes y actividades peligrosas.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE DEPORTES O ACTIVIDADES PELIGROSAS.

- 1. Accidentes o enfermedades ocasionados por la práctica profesional o en competencias profesionales de cualquier deporte o actividad peligrosa.**

8. AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA

El asegurado o cualquiera de sus dependientes podrán solicitar sin costo a Seguros Monterrey New York Life, a través de Asistencia Alfa Medical, servicios de ambulancia por cualquier padecimiento, esté o no cubierto por la presente póliza, siempre y cuando el traslado sea médicamente necesario.

El personal de servicios de ambulancia podrá solicitar al asegurado o dependiente, el acceso a su historial clínico, para conocer su situación. Si la solicitud es denegada, Asistencia Alfa Medical quedará liberada de la obligación de gestionar el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.

El asegurado o dependiente podrá acudir de manera directa a terceros que proporcionen los servicios de ambulancia terrestre, únicamente cuando se encuentre fuera de su población de residencia permanente y se vea imposibilitado de solicitarlo a Asistencia Alfa Medical, en este caso, y siempre y cuando pueda ser comprobado a juicio de Seguros Monterrey New York Life, quedará cubierto de acuerdo al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado para el tipo de proveedor y zona en donde se brindó la atención.

En caso de hacer uso de ambulancia sin previa notificación a Asistencia Alfa Medical, como consecuencia de una urgencia, el asegurado, dependiente o su representante deberá de comunicarlo a Asistencia Alfa Medical a más tardar dentro de las 24 horas siguientes al accidente o enfermedad.

EXCLUSIÓN PARTICULAR DE LA COBERTURA DE AMBULANCIA.

No se cubrirán los gastos de ambulancia si no se cumple con lo anterior y con el procedimiento especificado en la sección “Procedimientos para el uso de tu póliza” de estas condiciones generales.

9. ASISTENCIA ALFA MEDICAL

A. Consulta médica a domicilio

A petición del asegurado se podrá enviar un médico a su domicilio para consultas de padecimientos que no se consideren como urgencia médica. La consulta tendrá un costo de \$250 (doscientos cincuenta) pesos, los cuales el asegurado deberá pagar al doctor al finalizar la consulta. Este servicio opera en la ciudad de residencia permanente del asegurado y hasta el kilómetro 100 contado desde el centro de dicha ciudad.

B. Orientación médica telefónica

A petición del asegurado se le podrá orientar telefónicamente sobre problemas médicos menores, síntomas y molestias que le estén aquejando, dudas con relación a la utilización de medicamentos, o en situaciones cuya solución no requieren de la presencia de un médico. Este servicio opera en toda la República Mexicana.

Los siguientes servicios procederán cuando el asegurado ó sus dependientes se encuentren a más de 100 kilómetros de la ciudad permanente de residencia y requieran usarlos debido a un accidente o urgencia médica mientras el asegurado se encuentre de viaje. Estos servicios deberán solicitarse previamente a Asistencia Alfa Medical para que queden cubiertos:

C. Pago de boleto redondo para un familiar y gastos de hospedaje

En caso de hospitalización imprevista del asegurado mientras se encuentre de viaje a más de 100 km. De su ciudad permanente de residencia, derivada de un accidente o enfermedad amparados por la póliza y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, Asistencia Alfa Medical pondrá a disposición de una persona designada por el asegurado, un boleto ida y vuelta (clase estándar, con origen en la ciudad de residencia permanente del asegurado) a fin de que acuda a su lado, adicionalmente gestionará el hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$120.00 U.S. Dólares, por día durante 10 (diez) días naturales consecutivos por evento, con un máximo de 2 (dos) eventos por año y póliza.

D. Gastos de hotel por convalecencia

Con este servicio Asistencia Alfa Medical cubrirá los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el asegurado,

inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local y el equipo médico de Asistencia Alfa Medical. Este beneficio está limitado a \$120.00 U.S. Dólares, por día, con un máximo de 5 (cinco) días naturales consecutivos por evento, hasta 2 (dos) eventos por año y póliza.

E. Traslado a domicilio

Si el asegurado después del tratamiento local, según el criterio del médico tratante y del equipo médico de Asistencia Alfa Medical, no puede regresar a su ciudad de residencia permanente como pasajero normal, o no puede utilizar los medios inicialmente previstos, Asistencia Alfa Medical coordinará su traslado por avión o autobús de línea regular, haciéndose cargo de todos los gastos suplementarios que fueran necesarios y del boleto de regreso del asegurado, si el que éste tuviera no fuese válido.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA ALFA MEDICAL

- 1. No se cubrirá ninguno de estos gastos si no se solicitan y aprueban por el equipo de Asistencia Alfa Medical de acuerdo al procedimiento especificado en la sección “Procedimientos para el uso de tu póliza” de las condiciones generales.**
- 2. No se cubrirán gastos de acompañantes, boletos de avión, camión, gastos de hotel para el asegurado ni ninguna otra persona que lo acompañe para cirugías programadas o enfermedades o accidentes que hayan iniciado en su ciudad permanente de residencia.**

10. PROTECCIÓN PATRIMONIAL

Esta cobertura se otorga únicamente para el asegurado siempre y cuando sea mayor de 18 años y menor de 60 años de edad.

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado fallece o sufre invalidez total y permanente a consecuencia de una enfermedad o accidente amparados, Seguros Monterrey New York Life cubrirá las primas de su cónyuge e hijos menores de 25 años que hayan estado cubiertos dentro de la misma póliza con las mismas condiciones que tenían, salvo por las actualizaciones que tenga el producto año con año, así como del mismo asegurado en el caso de invalidez total y permanente, por un período de 5 años a partir de la primera prima pendiente de pago una vez ocurrido el accidente o enfermedad amparados.

Una vez transcurridos los 5 años en los que Seguros Monterrey New York Life cubrió el importe de las primas, los dependientes cubiertos por la póliza podrán continuar con la cobertura pagando las primas correspondientes y sin que se soliciten requisitos de asegurabilidad para los integrantes originalmente cubiertos. Si durante el periodo de esta cobertura cualquiera de los hijos cumple 25 años edad, deberán ser dados de baja de la póliza.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos de esta cláusula se entiende como invalidez total, la pérdida de facultades o aptitudes del asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado, que lo imposibilite para desempeñar cualquier actividad remunerada o lucrativa que sea compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social.

Se presumirá que la invalidez es de carácter permanente, únicamente cuando haya sido continua por un período mayor o igual a cuatro meses a partir de la fecha en que haya sido diagnosticada.

Se considera que el asegurado padece de invalidez total y permanente desde la fecha en que sufra la pérdida completa e irremediable de:

- La vista en ambos ojos.
- Las dos manos o los dos pies.
- Una mano y un pie.
- Una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por:

1. Pérdida de una mano, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
2. Por la pérdida de un pie, su separación total o pérdida total de sus funciones motrices, al nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
3. Por pérdida de la vista, la carencia absoluta e irreparable de la visión.

PRUEBAS

Seguros Monterrey New York Life tendrá derecho de solicitar al asegurado que se someta a exámenes y demás pruebas que considere necesarias con el fin de corroborar la procedencia del diagnóstico correspondiente. Asimismo Seguros Monterrey New York Life podrá, cuando lo estime necesario, pero no más de una vez al año, para efectos de esta cobertura, exigir que se compruebe que continúa el estado de invalidez del asegurado. En caso de que éste se negara injustificadamente a someterse a dichos exámenes y pruebas, Seguros Monterrey New York Life quedará liberada de la responsabilidad que le impone esta cláusula.

IV. PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA

Una vez transcurrido el periodo de espera que se indica, se cubrirán los gastos médicos de los padecimientos que se mencionan a continuación.

Si un padecimiento con período de espera es además preexistente, se deberá cumplir con lo estipulado en el punto 1.

1. Preexistencia declarada: A partir del cuarto año de cobertura continua de la póliza, mediante contratos de seguro de gastos médicos individual celebrados con Seguros Monterrey New York Life, quedan cubiertos los padecimientos preexistentes que hayan sido declarados en la contratación de la póliza, siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:
 - a) El padecimiento se encuentre específicamente declarado en la solicitud al momento de solicitar la póliza de seguro.
 - b) El padecimiento no haya erogado gastos, recibido algún tratamiento y/o haya presentado signos y síntomas durante un periodo de 3 años continuos de vigencia en la póliza con Seguros Monterrey New York Life.
 - c) El padecimiento no esté expresamente excluido mediante un endoso de exclusión.
 - d) El padecimiento no se encuentre dentro de los siguientes grupos:
 - Padecimientos cardiacos, Accidentes vasculares, diabetes, diálisis, padecimientos oncológicos, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Enfermedades degenerativas o padecimientos neurológicos.
 - e) Padecimientos excluidos expresamente en las condiciones generales del seguro en la cláusula V. Exclusiones Generales.

2. Cuando el asegurado tenga al menos 2 años de cobertura continua en la póliza, mediante contratos de seguro de gastos médicos individual celebrados con Seguros Monterrey New York Life, se cubrirán:
 - Hemorroides
 - Venas varicosas
 - Padecimientos en amígdalas y adenoides
 - Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla (salvo las fracturas óseas en esta región)
 - Tratamientos de nariz y senos paranasales por enfermedad
 - Hernias de disco
 - Padecimientos congénitos de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
 - Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis y sus complicaciones
 - Tratamiento médico o quirúrgico para corregir degeneraciones articulares de las falanges de los pies y sus complicaciones (p.ej. Hallux Valgus)

3. Cuando el asegurado tenga al menos 1 año de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos individual celebrado con Seguros Monterrey New York Life, se cubrirán:
 - Litiasis en vías biliares
 - Litiasis y disquinecia en vesícula biliar
 - Litiasis en vías urinarias
 - Enfermedades ácido-pépticas incluida Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico
 - Padecimientos en glándulas mamarias (incluye cáncer de seno)

- Trastornos del aparato reproductor femenino
 - Hernias (excepto las hernias de disco)
4. Cuando el asegurado tenga al menos un mes de cobertura continua en la póliza, mediante contrato de seguro de gastos médicos individual celebrado con Seguros Monterrey New York Life, se cubrirán las enfermedades presentadas. Este lapso de tiempo quedará sin efecto en caso de renovación, accidente amparado o cualquiera de las siguientes enfermedades, siempre y cuando no sean preexistentes:
- a) Apendicitis aguda
 - b) Intoxicación alimentaria
 - c) Diarrea y Gastroenteritis de origen infeccioso
 - d) Golpe de calor (insolación)

EXCLUSION PARTICULAR DE LA COBERTURA DE PADECIMIENTOS CON PERIODO DE ESPERA.

1. **Quedan excluidos los tratamientos médicos o quirúrgicos de esta cobertura si no se cumple con el periodo de espera estipulado para cada uno, salvo lo dispuesto en el inciso 1 C de la cláusula III. "Coberturas".**

V. EXCLUSIONES GENERALES

Este contrato no cubre, en ningún caso:

1. **Accidentes o enfermedades que se produzcan mientras el asegurado o dependiente afectado esté en servicio como miembro de cualquier cuerpo militar, de seguridad o vigilancia.**
2. **Lesiones que se produzcan por la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar.**
3. **Lesiones o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones, salvo las derivadas del tratamiento de una enfermedad o accidente amparado.**
4. **Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable el asegurado o cualquiera de sus dependientes.**
5. **Cualquier cuidado o tratamiento y sus complicaciones debido a lesiones auto infligidas, intento de suicidio o suicidio.**

6. Accidentes sufridos mientras el asegurado o cualquiera de sus dependientes participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o concursos de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
7. Tratamientos contra el alcoholismo, otras toxicomanías y sus complicaciones.
8. Enfermedades derivadas por la ingestión de bebidas alcohólicas o por el uso de estupefacientes o psicotrópicos.
9. Lesiones del asegurado o de cualquiera de sus dependientes derivadas de accidentes al encontrarse bajo el efecto de estupefacientes o psicotrópicos, de los cuales él sea responsable.
10. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para reducir o aumentar de peso y sus complicaciones.
11. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas para corregir o evitar la calvicie y sus complicaciones.
12. Cualquier tipo de tratamiento relacionado con hormonas para el crecimiento, y sus complicaciones, independientemente de la causa de la prescripción.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la apariencia mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos de carácter estético y sus complicaciones.
14. Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.
15. Los tratamientos médicos o quirúrgicos contra la impotencia sexual salvo que sean consecuencia directa de una enfermedad amparada o accidente amparado.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o procurar la procreación así como sus consecuencias y complicaciones, incluyendo gastos relacionados con la atención de el o los recién nacidos y la madre como consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad.
17. Curas de reposo, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud, "check-ups", incluyendo exámenes rutinarios de la vista y oídos.
18. Tratamientos y estudios psiquiátricos y psicológicos de cualquier tipo, así como los relacionados con trastornos del sueño, de la conducta o del aprendizaje y el síndrome de fatiga crónica.
19. Tratamientos o medicamentos que no hayan sido aprobados por la autoridad competente en el lugar en que se hubieran prescrito o

brindado y aquéllos que, por su naturaleza, se consideren experimentales.

20. Tratamientos de acupuntura así como sus complicaciones.
21. Cuidado podiátrico y sus complicaciones.
22. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas y similares.
23. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis por descuido o mal uso, así como aquellos que ya se utilizaban antes de la fecha de contratación de la presente póliza.
24. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir trastornos de refracción ocular y sus complicaciones.
25. La adquisición de anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos externos.
26. Tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo si el paciente está infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sus complicaciones.
27. Cámara Hiperbárica.
28. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta póliza.
29. Todas aquellas enfermedades o accidentes amparados cuyo total de gastos médicos procedentes no excedan al deducible estipulado en la carátula de la póliza.
30. Padecimientos preexistentes salvo lo dispuesto en el inciso 1 de la cláusula IV. "Padecimientos con Período de Espera".
31. Siniestros en el extranjero que administre o pague un tercero no autorizado para hacerlo.
32. Trasplante de órganos cuando existan tratamientos o procedimientos quirúrgicos alternos que razonablemente garanticen la recuperación de la salud del paciente con menor riesgo de su vida que el procedimiento del trasplante.
33. Tratamientos o procedimientos quirúrgicos para reemplazar órganos humanos por aparatos artificiales o mecánicos, o por órganos de otra especie animal.

1. COBERTURA DE PROTECCIÓN POR FALLECIMIENTO

Estas coberturas pueden ser contratadas adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

A. SEGURO POR MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJES AÉREOS

Seguros Monterrey New York Life se obliga a pagar a los beneficiarios que correspondan, la suma asegurada por muerte accidental en viajes aéreos que se indica en la carátula de la póliza, en caso de que el asegurado o alguno de los dependientes de 12 años o más fallezca a consecuencia de un accidente ocurrido al viajar como pasajero en un avión operado por una línea aérea comercial legalmente autorizada para el transporte público de pasajeros, o a consecuencia de las lesiones que hubiera sufrido en dicho accidente, siempre que la muerte suceda dentro de los 180 días después de ocurrido.

Para los efectos de esta cobertura se considerarán incluidos los accidentes que se produzcan en el acto de abordar o descender de la aeronave y como asegurados: el asegurado y cada uno de sus dependientes, siempre que éstos tengan 12 años o más de edad.

BENEFICIARIOS

Seguros Monterrey New York Life tendrá como beneficiarios de esta cobertura a quienes el asegurado designe. A falta de dicho nombramiento, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del asegurado.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo 165 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

B. SEGURO PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso de fallecimiento del asegurado y de cualquiera de los dependientes mayores a un año, Seguros Monterrey New York Life pagará al asegurado, la suma asegurada para gastos funerarios que se indica en la carátula de la póliza, pero para dependientes entre 1 y 12 años de edad esta suma asegurada no podrá ser mayor a 60 SMGMV.

En caso de fallecimiento del asegurado titular, la suma asegurada se pagará al beneficiario designado, en su defecto se pagará en el siguiente orden:

1. Cónyuge
2. Hijos, del mayor al menor
3. Madre
4. Padre

5. A la sucesión legal correspondiente

En caso de que al asegurado o a cualquiera de los dependientes mayores de un año de edad, le sea diagnosticada una enfermedad terminal, se pagará al asegurado un anticipo del 50% de la suma asegurada para gastos funerarios que se indica en la carátula de la póliza, y se cubrirá el faltante 50% en la forma establecida en los dos párrafos anteriores, una vez ocurrido el fallecimiento.

CONDICIONES PARA EL PAGO

Será condición indispensable para el pago de la suma asegurada de esta cláusula, que el fallecimiento ocurra a causa de un accidente o enfermedad amparados por esta póliza y que sean procedentes. Sin importar que:

- No se eroguen gastos para la atención médica del asegurado.
- El cúmulo de gastos a erogar en la atención médica del asegurado, no rebase el deducible estipulado en la carátula de la póliza.

C. TRASLADO POR FALLECIMIENTO

En caso de que el fallecimiento del asegurado o de cualquiera de sus dependientes incluidos en esta póliza, ocurra a causa de un accidente o enfermedad amparados a más de 100 kilómetros de su ciudad permanente de residencia, Seguros Monterrey New York Life a solicitud de los beneficiarios, prestará a través de Asistencia Alfa Medical uno de los siguientes servicios funerarios:

- a) Traslado del cadáver o cenizas hasta el lugar de inhumación en la ciudad que hubiere sido la de residencia permanente del asegurado, o
- b) Inhumación de los restos del asegurado en el lugar donde se haya producido el deceso, o
- c) Traslado de dichos restos hasta el lugar de inhumación en cualquier otra ciudad que no hubiere sido la de residencia permanente del asegurado.

Cuando se elija cualquiera de las dos últimas opciones, el límite máximo de indemnización será el equivalente del costo que se hubiere tenido que erogar si se hubiera optado por la alternativa indicada en el primer inciso, por lo que los costos excedentes quedarán a cargo del solicitante del servicio, o en su caso, de los herederos del asegurado.

En adición, Seguros Monterrey New York Life gestionará todas las formalidades necesarias incluyendo cualquier trámite legal que se requiera para el cumplimiento de esta cobertura.

EXCLUSION PARTICULAR DE LA COBERTURA DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

- 1. No se cubrirán los gastos de traslado por fallecimiento si este no ocurre a más de 100 km. De la ciudad permanente de residencia del asegurado o dependiente afectado.**

2. No se cubrirán servicios que no se hayan coordinado a través de Asistencia Alfa Medical.

TERRITORIALIDAD

Esta cobertura se dará siempre y cuando el fallecimiento ocurra a más de cien kilómetros del centro de la población de residencia permanente del occiso.

2. COBERTURA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO

Estas coberturas pueden ser contratadas adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

A. URGENCIAS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza sufriera en forma súbita y aguda alguna alteración que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, estando de viaje en el extranjero por un período máximo de 3 meses continuos y por lo que requiera atención médica inmediata, Seguros Monterrey New York Life cubrirá los gastos procedentes en que se incurra hasta por la suma asegurada que se especifica en la carátula de la póliza. En caso de que la estancia en el extranjero sea mayor al periodo antes mencionado el asegurado deberá cumplir con los requisitos de la definición de residencia establecidos en este contrato.

El deducible a cargo del asegurado será el que se especifica en la carátula de la póliza para dicha cobertura, sin aplicar coaseguro.

Cuando termine el estado de urgencia, se seguirán pagando los servicios médicos necesarios en territorio nacional, y conforme a las condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro del plan básico.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE URGENCIAS EN EL EXTRANJERO.

En ningún caso se cubrirán gastos por urgencias en el extranjero por:

- a) Parto y complicaciones de embarazo.**
- b) Atención de padecimientos preexistentes.**
- c) Atención de una enfermedad o accidente amparado ocurrido en la República Mexicana.**
- d) Tratamientos de rehabilitación en el extranjero.**

B. SERVICIOS DE ASISTENCIA

i. Transferencia de Fondos

Seguros Monterrey New York Life ofrece el servicio de transferencia de fondos desde 300 hasta 5,000 dólares para pago de honorarios médicos, gastos de hospital o de medicamentos, o bien en caso de robo.

En cualquier caso, se requiere el previo depósito de la cantidad a transferir conforme a lo acordado con Seguros Monterrey New York Life cuando se solicite el servicio.

ii. Asistencia en Caso de Robo o Pérdida de Pasaporte, Visa o Boletos de Avión

Seguros Monterrey New York Life proveerá la información necesaria e indicará el procedimiento a seguir con las autoridades competentes con el fin de obtener el reemplazo de dichos documentos perdidos o robados.

iii. Búsqueda, Rastreo y Transporte de Equipaje u Objetos Perdidos o Robados

En caso de pérdida o robo de equipaje u objetos de valor del asegurado o de cualquiera de sus dependientes, Seguros Monterrey New York Life asesorará al asegurado para la denuncia de los hechos ante las autoridades correspondientes y se le brindará ayuda para su localización y reexpedición al domicilio del asegurado en caso de que fuesen encontrados.

iv. Transmisión de Mensajes Urgentes

Seguros Monterrey New York Life brindará el servicio de transmisión de mensajes urgentes al asegurado o a cualquiera de sus dependientes que sean consecuencia directa de cualquiera de los servicios de asistencia.

3. COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima para planes Pleno o Íntegro en cualquier zona.

En caso de contratar esta cobertura, Seguros Monterrey New York Life se obliga a indemnizar al asegurado por los gastos médicos amparados en que incurra por su atención en el extranjero o la de alguno de sus dependientes en consecuencia de las enfermedades y padecimientos enumerados a continuación, los cuales se considerarán para efectos de esta cláusula como “enfermedades catastróficas”:

- 1) Enfermedades del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas solo las enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos.

- 2) Enfermedades vasculares del Sistema Nervioso Central: Quedan cubiertas únicamente la isquemia, trombosis, hemorragia y malformaciones vasculares que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que prevalezcan de forma permanente.
- 3) Cirugía cardíaca.
- 4) Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia. Se incluye la cirugía reconstructiva solamente cuando sea necesaria a consecuencia de un cáncer cubierto.
- 5) Los trasplantes de órganos que se indican a continuación:
 - a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón o hígado, o alguna combinación de éstos.
 - b) Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no Hodgking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Linfoma de Hodgking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Leucemia linfocítica aguda solo a partir de la primera recaída.
 - Leucemia no linfocítica aguda, sólo a partir de la primera recaída.
 - Tumores de célula germen (gameto).
 - c) Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplásica.
 - Leucemia aguda.
 - Inmunodeficiencia combinada severa.
 - Síndrome de Wiskott - Aldrich.
 - Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u osteopetrosis generalizada).
 - Leucemia mielógena crónica.
 - Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).
 - Linfoma de no Hodgking, Estado III o Estado IV.
 - Linfoma de Hodgking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

Se incluyen los servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido al asegurado o dependiente, a partir del primer gasto que se efectúe por dicho cultivo.

Se incluyen los servicios prestados durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido al asegurado o dependiente. Este incluye la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido.

Se incluyen los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al asegurado o dependiente. Los gastos cubiertos incluyen:

- i. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplantes, por concepto de habitación, sala o pabellón, comidas, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del

hospital o centro de transplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios.

- ii. Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante.
- 6) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (lesiones orgánicas o metabólicas que pongan en riesgo la vida de una persona), incluyendo rehabilitación.
- 7) Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

SERVICIOS DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL Y ATENCIÓN MÉDICA INTERNACIONAL

Segunda Opinión Médica Internacional

Segunda Opinión Médica Internacional es un servicio de consultas médicas internacionales por medio del cual Seguros Monterrey New York Life ofrece al asegurado o a sus dependientes una opinión médica profesional generada por especialistas a nivel internacional, sobre la enfermedad o accidente amparado, tramitado a través de Vitamédica.

Atención Médica Internacional

Atención Médica Internacional es un conjunto de servicios personalizados que Seguros Monterrey New York Life ofrece al asegurado y a sus dependientes para la atención de enfermedades a nivel internacional.

Seguros Monterrey New York Life a través de Vitamédica, seleccionará y referirá al asegurado y a sus dependientes con los mejores médicos y hospitales dentro y fuera de México acordes a su enfermedad, coordinando su enlace, admisión hospitalaria y atención médica.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO PARA QUE OPERE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

En caso de cirugía programada el asegurado o dependiente se obliga a obtener por conducto de Vitamédica, un diagnóstico previo por parte de un médico autorizado o designado por Seguros Monterrey New York Life, que determine la probable existencia de una enfermedad catastrófica, por lo menos con diez días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a un hospital o centro de transplante. En caso de urgencia médica tendrá que notificar a Seguros Monterrey New York Life su ingreso al hospital o centro de transplante durante las siguientes 24 horas.

Si la atención médica se coordina con la red de prestadores de servicio en el extranjero, el asegurado deberá pagar el deducible y coaseguro contratados, este último con tope de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.). En atenciones dentro de red en el extranjero, el coaseguro

mínimo a aplicar será de 10 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado.

Para atenciones médicas fuera de la red de prestadores de servicio, el asegurado deberá cubrir su deducible y el doble del coaseguro contratados, este último con un tope de \$20,000 (veinte mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.). En atenciones fuera de la red en el extranjero, el coaseguro mínimo a aplicar será de 20 puntos porcentuales, independientemente del coaseguro contratado.

Los honorarios médicos de atenciones médicas en el extranjero se pagarán de acuerdo a los convenios establecidos con un tope máximo equivalente a la base de honorarios médicos y quirúrgicos especificada en la carátula de la póliza adicionando un 50%.

EXCLUSIONES PARTICULARES DE LA COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

I. No se considerarán como enfermedades catastróficas los siguientes padecimientos:

- a) Cánceres in-situ del cuello uterino.**
- b) Cánceres de la piel, a excepción del melanoma maligno.**
- c) Enfermedades congénitas del sistema nervioso central, excepto lo mencionado en los incisos 1 “Enfermedades del Sistema Nervioso Central” y, 2 “Enfermedades vasculares del Sistema Nervioso Central”.**
- d) Isquemia cerebral transitoria.**

II. No están cubiertos los gastos que se originen por:

- a) Cuidado proporcionado por enfermeras o personal de asistencia en casos de senilidad o deterioro cerebral.**

III. No se cubren los gastos de posibles donantes y compatibilidad que hayan sido rechazados.

4. COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

En caso de contar con esta cobertura, Seguros Monterrey New York Life exentará al Asegurado del pago del deducible contratado en caso de accidente amparado por la póliza, siempre y cuando los gastos médicos realizados excedan \$1,000 (mil) pesos.

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona. La edad límite de contratación es de 69 años renovándose de forma automática y vitalicia, mientras la póliza se encuentre vigente con la Compañía. Esta cobertura aplica únicamente para deducibles básicos.

La Suma Asegurada de esta cobertura será igual al monto del deducible básico contratado.

Esta cobertura opera sin coaseguro. En caso de que el monto total del accidente cubierto exceda la suma asegurada de esta cobertura, se aplicará el coaseguro contratado a los gastos excedentes.

Esta cobertura sólo aplica para accidentes que ocurran y sean atendidos dentro de la República Mexicana

5. EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL EXTRANJERO

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente con costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona, convirtiendo automáticamente la póliza en un plan Pleno con zona A.

En caso de contratar esta cobertura, Seguros Monterrey New York Life se obliga a indemnizar al asegurado por los gastos médicos en que incurra en el extranjero a consecuencia de los accidentes y enfermedades amparados según las condiciones generales de la póliza.

Atención en el extranjero

Si la atención médica se coordina con la red de prestadores de servicios en el extranjero, deberá cubrir el doble del deducible contratado, así como el 10% de coaseguro, este último con tope de \$10,000 (diez mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.).

Para atenciones médicas fuera de la red de prestadores de servicio en el extranjero, el asegurado deberá cubrir el doble del deducible contratado así como el 30% de coaseguro, este último con un tope de \$30,000 (treinta mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.).

Para poder proceder al pago de las atenciones médicas en el extranjero, el asegurado debe permitir a Seguros Monterrey New York Life el acceso a toda la información médica necesaria para el dictamen y pago del siniestro, de no cumplirse esta condición, Seguros Monterrey New York Life queda eximida de toda obligación.

Los honorarios médicos de atenciones médicas en el extranjero se pagarán de acuerdo a los convenios establecidos con un tope máximo equivalente a la base de honorarios médicos y quirúrgicos especificada en la carátula de la póliza adicionando un 50%.

El tope para el beneficio de maternidad en el extranjero es de \$5,000 (cinco mil) dólares de los Estados Unidos de América (E.U.A.)

6. COBERTURA DE VIH

Esta cobertura puede ser contratada adicionalmente sin costo en prima para cualquier tipo de plan en cualquier zona.

En caso de contratar esta cobertura, Seguros Monterrey New York Life se obliga a indemnizar al asegurado por los tratamientos médicos indicados para el control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La Suma Asegurada máxima para el tratamiento de esta enfermedad y de sus consecuencias, será de \$ 500,000 pesos.

A partir del sexto año de estar asegurado de manera continua en la póliza y habiendo cumplido los requisitos de selección que requiere esta cobertura, se otorgará la suma asegurada contratada en la cobertura básica.

El contratar esta cobertura deja sin efecto la exclusión 26 de la cláusula V. "Exclusiones Generales".

VII. BASES PARA DETERMINAR LA INDEMNIZACIÓN

El monto máximo de cada gasto procedente conforme a esta póliza, no podrá exceder de lo establecido en el catálogo de honorarios médicos y quirúrgicos para los honorarios de médico y del gasto usual, razonable y acostumbrado de la zona de contratación para los gastos que difieren de honorarios médicos.

1. GASTOS A CARGO DEL ASEGURADO

A. DEDUCIBLE

Del total de los gastos médicos amparados estará a cargo del asegurado la cantidad señalada como "deducible" en la carátula de esta póliza.

DEDUCIBLE BÁSICO

Se consideran deducibles básicos a todos los deducibles menores a \$100,000 (cien mil) pesos.

Tratándose de accidentes o enfermedades amparados, si el asegurado o sus dependientes gestionan la atención de la misma por conducto de Vitamédica, utilizando la red de médicos y hospitales en convenio mediante cirugía programada o ingreso directo al hospital, se procederá a lo siguiente:

- a) Se descontarán \$2,500.00 (dos mil quinientos) pesos al deducible.

En cualquier otro caso se aplicará el deducible contratado.

DEDUCIBLE EN EXCESO

Se considera Deducible en Exceso a los deducibles iguales o mayores a \$100,000 (cien mil) pesos.

En este tipo de deducibles no se aplican descuentos.

Para las pólizas con deducible en exceso existe un deducible anual reinstalable de 5,000 Unidades de Inversión (UDI), adicionales al deducible en exceso contratado, que el asegurado deberá cubrir una vez que presente gastos en la póliza. Este deducible será aplicado por año póliza con el valor de la UDI al inicio de vigencia de cada anualidad, por cada persona con siniestro abierto.

El asegurado podrá reclamar la indemnización hasta que los gastos procedentes hayan rebasado el deducible contratado.

El asegurado deberá presentar original de todos los gastos procedentes o copia de la indemnización pagada por otra aseguradora o por Seguros Monterrey New York Life.

El asegurado podrá cambiar su deducible en exceso a uno básico en cualquier renovación, siempre y cuando cumpla con los requisitos médicos de selección establecidos por Seguros Monterrey New York Life.

Seguros Monterrey New York Life se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio de deducible.

B. COASEGURO

De la cantidad total de los gastos médicos amparados una vez disminuido el deducible anteriormente estipulado, estará a cargo del asegurado la parte que represente el porcentaje señalado como "coaseguro" en la carátula de esta póliza. En consecuencia Seguros Monterrey New York Life indemnizará la diferencia.

La participación del asegurado y/o dependiente por concepto de coaseguro no excederá de \$35,000 (treinta y cinco mil) pesos por padecimiento.

- Cuando el asegurado tenga contratado 0% de coaseguro y la atención médica no sea proporcionada usando médicos de red, hospitales de convenio y se trate de cirugía programada o ingreso directo al hospital, Seguros Monterrey New York Life aplicará un coaseguro del 10%.

- A todos los gastos que el asegurado presente a través de reembolso, se les aplicará el coaseguro contratado. En caso de coaseguro 0% se cobrará 10% de coaseguro.

- Para pólizas cuyo deducible sea igual o mayor a \$100,000.00 pesos, en ningún caso aplicará reducción de coaseguro.

En caso de que el asegurado acuda a atenderse en hospitales de menor nivel al contratado en su plan, se aplicará una reducción de 10 puntos de coaseguro de acuerdo a la siguiente tabla:

Zona Contratada	Plan contratado	Reducción de coaseguro si se atiende en Hospitales del nivel	Observaciones
A	Pleno Pleno Monterrey Integro Práctico	Integro Integro Práctico No Aplica reducción	La atención del asegurado en hospitales fuera de la zona contratada se sujetará a las condiciones de la zona en donde reciba la atención.
B,C,D,E,F,G y J	Pleno Integro Origina Práctico	Práctico Práctico Práctico No Aplica reducción	
N	Pleno Pleno Monterrey Origina Integro Práctico	Integro Integro Integro Práctico No Aplica reducción	

No aplica para coaseguro 0%

Tanto la zona como el plan contratado se encuentran especificados en la carátula de la póliza.

C. INDEMNIZACIÓN DE ACUERDO A PLAN Y ZONA CORRESPONDIENTE

El Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que se aplica para el pago de cualquier indemnización es el que corresponde al plan y zona contratados.

En caso de siniestro, las condiciones de deducible, coaseguro, suma asegurada, tabuladores y hospitales aplicables al pago serán las vigentes a la fecha del primer gasto o fecha de presentación de los primeros signos y síntomas.

Estas condiciones serán las que aplicarán siempre a éste siniestro siempre y cuando el asegurado mantenga una póliza vigente por lo menos con las mismas condiciones contratadas al momento de presentarse el evento.

La autorización para cambio de plan estará sujeta a la aceptación de Seguros Monterrey New York Life de acuerdo a las políticas vigentes y de suscripción médica.

En caso de que no existan en la zona los servicios médicos y hospitalarios acordes al padecimiento, Vitamédica deberá proporcionar al asegurado y sus dependientes asistencia o información de los servicios médicos y hospitalarios más próximos a la zona contratada, realizando la indemnización correspondiente de acuerdo con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado de la zona donde se prestó la atención médica.

En caso de que el asegurado o dependiente decida atenderse con servicios médicos y hospitalarios de una zona inferior a la contratada, se cubrirán los honorarios médicos de acuerdo al Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos del plan contratado, los demás gastos se pagarán de acuerdo al Gasto Usual Razonable y Acostumbrado de la zona en donde se brindó la

atención y se aplicará una reducción de 10% de coaseguro de acuerdo a la tabla del inciso B. Coaseguro párrafo 6.

En caso de accidente o urgencia médica la indemnización se pagará acorde con el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos y el Gasto Usual Razonable y Acostumbrado correspondiente a la zona y al plan donde se prestó la atención médica.

Si el fallecimiento del asegurado ocurre sin que Seguros Monterrey New York Life pague ningún beneficio, se devolverá el 65% de la prima no devengada a partir de la fecha de fallecimiento, siempre y cuando el evento sea reportado dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a la fecha del fallecimiento del asegurado. En caso de haber pagado algún beneficio no podrá existir devolución alguna.

D. PERIODO DE BENEFICIO

Ocurrida una enfermedad o accidente amparados, se establecerá un “periodo de beneficio” o lapso durante el cual Seguros Monterrey New York Life estará obligada al pago de los gastos médicos amparados que se ocasionen por la atención de dicha enfermedad amparada o accidente amparado.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y terminará en la fecha que resulte mayor entre los 365 días siguientes a la fecha del primer gastos o 30 días a partir del término de la vigencia del seguro, o antes, en la fecha en que se agote la suma asegurada.

No obstante, si el asegurado contrata con Seguros Monterrey New York Life una nueva póliza de seguro de gastos médicos individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días, o hasta que se agote la suma asegurada establecida para esa enfermedad o accidente amparados, lo que ocurra primero.

En caso de que el médico tratante no pertenezca a la red de prestadores de servicios afiliados, la obligación de pago de Seguros Monterrey New York Life se limitará a los montos que correspondan de conformidad con el Tabulador de Honorarios Médicos y Quirúrgicos establecidos en éste contrato.

2. INDEMNIZACIONES

A. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Las reclamaciones que efectúe el asegurado al amparo de esta póliza, deberán ser presentadas en las formas que le proporcione Seguros Monterrey New York Life. En ellas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican y las suscribirá con su firma bajo protesta de decir verdad.

En caso de recibir atención médica en el extranjero, el asegurado deberá solicitar y presentar un informe de su médico tratante, en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando

las facturas originales y la nota médica con la clasificación de CIE (Código Internacional de Enfermedades) y CPT (Código de Procedimientos y Tratamientos) vigentes.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o las que esté en condiciones de obtener, así como todas aquellas que le solicite Seguros Monterrey New York Life relativas a la realización de la enfermedad o accidente amparados y los gastos efectuados. Todos los comprobantes por gastos indemnizables deberán ser originales y reunir los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales aplicables vigentes. Estos documentos quedarán en poder de Seguros Monterrey New York Life una vez pagada la indemnización correspondiente.

Seguros Monterrey New York Life tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionada con la enfermedad o accidente amparado, la reclamación o las pruebas aportadas.

El ocultar elementos probatorios, la omisión de informes, datos, u obstaculizar investigaciones o comprobaciones que Seguros Monterrey New York Life practique o intente practicar, especialmente la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a Seguros Monterrey New York Life de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

B. MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

El reembolso de los gastos erogados en el extranjero se cubrirá en moneda nacional al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, que rija a la fecha en la que se haya efectuado el gasto.

C. RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN

En ningún caso Seguros Monterrey New York Life será responsable ante el asegurado, sus dependientes o beneficiarios, de los daños y perjuicios originados por las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier enfermedad amparada o accidente amparado.

VIII. CLÁUSULAS GENERALES

I. CONTRATO

A. BASES DEL CONTRATO

Esta póliza es prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y Seguros Monterrey New York Life y, en su caso, de sus renovaciones. Se emite en consideración a la solicitud y a las declaraciones previamente formuladas por el asegurado o el contratante para la apreciación del riesgo.

B. DISPUTABILIDAD

La omisión o inexactitud en las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo a las que se refiere la cláusula anterior, facultará a Seguros Monterrey New York Life para rescindir de pleno derecho esta póliza o cualquiera de sus renovaciones, aunque tales hechos u omisiones no hayan influido en la realización del siniestro.

C. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

(Trascripción del Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.)

“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 consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”

D. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y Seguros Monterrey New York Life.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia ningún agente de seguros ni ninguna otra persona no autorizada por Seguros Monterrey New York Life, podrá cambiar o modificar las condiciones o beneficios del contrato.

E. PERIODO DE SEGURO

El periodo de seguro convenido es de un año, cuyas fechas de inicio y terminación se indican en la carátula de la póliza.

F. SUMA ASEGURADA

La responsabilidad máxima cubierta por esta póliza para cada enfermedad o accidente amparado, es la cantidad que se especifica en la carátula de la póliza como “Suma Asegurada” de la “Cobertura Básica”.

G. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá alegar lo que a su derecho corresponda ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) de la propia Institución de Seguros o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

H. INFORMACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Seguros Monterrey New York Life que 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.

I. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a Seguros Monterrey New York Life en el domicilio de la misma indicado en la carátula de esta póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Contratante.

Los comunicados que Seguros Monterrey New York Life deba hacer al Asegurado o al Contratante los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

J. 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. Dicho plazo no correrá en caso de omisiones o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará además que éstos tengan conocimiento del derecho

constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado 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.

K. INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que Seguros Monterrey New York Life no obstante haber recibido los documentos o información que le permita conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, una indemnización por mora en los términos previstos por el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros durante el lapso de mora. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que se haga exigible la obligación.

El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

L. TRANSCRIPCIÓN DEL ART. 135 BIS DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

ARTÍCULO 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de

captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS 161 mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la empresa de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

2. VIGENCIA

A. INICIO DE VIGENCIA

A las 12:00 horas del primer día del periodo de seguro contratado, indicado en la carátula de la póliza.

B. TERMINACIÓN DE VIGENCIA

A las 12:00 horas del último día del periodo de seguro contratado, o antes en los casos de terminación o rescisión previstos en esta póliza.

C. TERMINACIÓN ANTICIPADA

En caso de terminación anticipada del Contrato solicitada por el Asegurado o Contratante, Seguros Monterrey New York Life devolverá al Contratante el 55% de la prima neta pagada no devengada correspondiente, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en la que se solicita la terminación anticipada.

3. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

A. DERECHO DE RENOVACIÓN

A partir de la renovación del segundo año con vigencia continua sin que se haya interrumpido la vigencia de la póliza Seguros Monterrey New York Life estará obligada a renovar automáticamente el mismo. Para este efecto la presente cláusula se entenderá vigente en cada póliza de renovación, aún cuando no figure en ella o se hubiere modificado.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este contrato, se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que Seguros Monterrey New York Life tenga autorizadas a la fecha de expedición de la póliza de renovación respectiva, las cuales podrán ser modificadas por Seguros Monterrey New York Life en relación a la póliza inmediata anterior. En el caso de pólizas con siniestro abierto, para continuar pagando el siniestro, es necesario que el asegurado mantenga una póliza vigente al menos con la misma cobertura con la cual inició el siniestro. Lo anterior, sin perjuicio de lo previsto en la cláusula de Período de Beneficio.

Se entenderá renovado automáticamente el contrato en los términos de la nueva póliza, si el Contratante no manifiesta expresamente y por escrito su voluntad de no celebrarlo, de acuerdo con lo dispuesto en el Art. 17 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

B. CAMBIO DE PÓLIZA FAMILIAR A PÓLIZA INDIVIDUAL

Cualquier dependiente con mayoría de edad tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una póliza de seguro de gastos médicos individual o familiar con reconocimiento de antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y cuando el trámite se realice dentro de los primeros 30 días naturales posteriores a que el dependiente deje la cobertura de la póliza familiar.

C. EDAD MÁXIMA DE ACEPTACIÓN

La edad límite de aceptación es de 69 años de edad. Para efectos de renovación no habrá edad límite de aceptación.

D. PRIMAS

El Contratante se obliga a pagar a Seguros Monterrey New York Life la prima, más recargos por pago fraccionado, derecho de expedición de la póliza e IVA que se indican en la carátula de la póliza.

E. FORMA DE PAGO

La unidad de la prima calculada para el periodo de seguro es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine Seguros Monterrey New York Life.

La Forma de Pago estipulada para el Periodo de Seguro, es la señalada en la carátula de la póliza.

F. VENCIMIENTO

La prima vencerá en la fecha de inicio del periodo de seguro contratado.

En caso de pago fraccionado, cada fracción de prima vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

G. PERIODO DE GRACIA

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción que corresponda en caso de pago en parcialidades, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de este contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día de este plazo.

En caso de que se presente una enfermedad amparada o accidente amparado durante el transcurso del periodo de gracia, la indemnización de los gastos médicos amparados que hayan sido erogados en éste, se dará en forma de Reembolso descontando la prima o la fracción pendiente de pago.

H. REHABILITACION

Si el asegurado no paga la prima correspondiente dentro del periodo de gracia establecido, su póliza queda cancelada. En este caso, el asegurado podrá dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia, solicitar por escrito la rehabilitación de su póliza aplicando las políticas de aceptación y sujeto a la aprobación por parte de la compañía. Los efectos de este contrato se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago de la prima o fracción siempre y cuando la solicitud de rehabilitación se realice dentro de los 30 días siguientes al último día de plazo de gracia.

En ningún caso Seguros Monterrey New York Life indemnizará las enfermedades amparadas o accidentes amparados que se hubiesen iniciado después del plazo de gracia y antes del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

Esta póliza sólo podrá ser rehabilitada una vez dentro de un mismo periodo de seguro y se entenderá como rehabilitada a partir de la emisión del recibo de pago de la póliza.

I. LUGAR DE PAGO

El Contratante deberá realizar el pago total que corresponda en el domicilio de Seguros Monterrey New York Life, que se establece en la carátula de esta póliza, contra entrega del recibo. Sin dejar sin efecto la obligación anterior y con el único fin de otorgarle al Contratante mayores opciones, podrá cubrir el pago de la prima correspondiente a través de los distintos medios que Seguros Monterrey New York Life pongan a su disposición.

J. OTROS SEGUROS

El Contratante tendrá la obligación de poner en conocimiento de Seguros Monterrey New York Life la existencia de otros seguros de accidentes y gastos médicos que contrate durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las aseguradoras, el número de las pólizas contratadas y el monto de las sumas aseguradas.

K. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante y el Asegurado serán solidariamente responsables de dar aviso a la Institución durante el período del seguro, de cualquier agravación esencial del riesgo del asegurado o de sus dependientes, tal como, cambios de actividad profesional, actividades deportivas, entre otras.

Si el Asegurado o el Contratante omiten dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo, al finalizar dicho plazo cesará de pleno derecho la cobertura y obligaciones contractuales de Seguros Monterrey New York Life.

L. INCLUSIÓN DE NUEVOS DEPENDIENTES

Para la inclusión de los hijos del asegurado nacidos durante la vigencia de la póliza, se estará a lo siguiente:

- a) En caso de que la fecha esperada del nacimiento haya sido posterior a 10 meses de contar la madre con cobertura continua en la póliza, la solicitud de inclusión del menor deberá presentarse en un periodo máximo de 30 días a partir de la siguiente renovación y el menor quedará asegurado desde el día de su nacimiento sin requisitos de salud.
- b) En cualquier otro caso deberá presentarse la solicitud de inclusión y Seguros Monterrey New York Life se reserva el derecho de aceptar al hijo en la póliza con base en las condiciones de salud y ocupación que presente al momento de la solicitud.

Seguros Monterrey New York Life se reserva el derecho de aceptar al cónyuge o a cualquier dependiente del asegurado en consideración a las condiciones de salud y ocupación que presenten al momento de la solicitud de inclusión respectiva.

M. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

En caso de siniestro, Seguros Monterrey New York Life se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado o a sus dependientes.

El asegurado o sus dependientes, se obligan a presentar formal querrela o denuncia ante las autoridades competentes, cuando se trate de daños ocasionados por terceros que impliquen una responsabilidad y que puedan ser motivo de reclamación al amparo de esta póliza y cooperar con Seguros Monterrey New York Life para conseguir la recuperación del importe del daño sufrido.

Si Seguros Monterrey New York Life lo solicita, a costa de la misma, el asegurado o sus dependientes, harán constar la subrogación en escritura pública.

La falta de cumplimiento de las obligaciones consignadas en los dos párrafos inmediatos anteriores, así como si por hechos u omisiones del asegurado o sus dependientes se impide la subrogación, Seguros Monterrey New York Life quedará liberada en todo o en parte de sus obligaciones.

Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el asegurado y Seguros Monterrey New York Life concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho de subrogación no procederá en los casos establecidos en el último párrafo del artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

N. RESCISIÓN O NULIDAD DEL CONTRATO

De acuerdo al artículo 47 de la ley Sobre el Contrato de Seguro cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o, 9o y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

O. TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS 8º, 9º, 10º Y 70 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Art. 8: El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Art. 9: Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Art. 10: Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Art. 70: Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

P. EXAMEN MÉDICO

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, la Institución Aseguradora, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico, el cual será realizado por la Compañía y sin costo para el prospecto.

Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

El asegurado o dependiente deberá solicitar los servicios de esta póliza a los siguientes teléfonos:

Las 24 horas del día y los 365 días del año:

En México, D.F. 54-48-67-11

De los Estados 01-800-90-621-00

Urgencias Médicas:

En México, D.F. 54-48-67-89

De los Estados 01-800-52-276-96

De Estados Unidos de América 1-877-63-946-39

Servicio de Ambulancia

Traslado por Fallecimiento

Servicios de Asistencia en el 52-50-41-16

Extranjero y Asistencia Alfa Medical: 01-800-71-350-76

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro **CNSF-S0038-0406-2010** de fecha **16/04/2010**”.

Procedimientos para el uso de tu póliza

Alfa MEDICAL

Mayo 2010

I. INTRODUCCIÓN

Pensando en brindarte un mejor servicio y proporcionarte todas las herramientas necesarias para obtener el mayor beneficio de tu seguro de Gastos Médicos Mayores, hemos decidido poner a tu disposición nuestra guía de procedimientos, que te dará a detalle todo lo que debes saber acerca de los servicios hospitalarios, médicos, coberturas y asesoría en caso de ocurrir cualquier Enfermedad o Accidente amparado por tu póliza **Alfa Medical**.

Además podrás consultar el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que te permitirá conocer junto con la base de honorarios de tu plan, los porcentajes designados a los padecimientos para poder calcular los honorarios del Cirujano y a partir de estos los del anestesiólogo y ayudante(s).

Para acceder a la información puedes consultarla en nuestra página web www.monterrey-newyorklife.com.mx ó llamando a los teléfonos:

Ciudad de México	(55) 54 48 67 11 ó
Lada Sin Costo	01 800 5227 696

II. IDENTIFICACIÓN COMO ASEGURADO

Es requisito **indispensable** que para poder hacer uso de los servicios de tu póliza te identifiques como asegurado de Seguros Monterrey New York Life, lo cuál podrás hacer mostrando tu credencial **Alfa Medical** y una identificación oficial a cualquiera de nuestros proveedores médicos para que pueda proceder de inmediato tu atención médica y agilizar todos los trámites que se requieran.

Esta credencial cuenta con los siguientes datos:

1. Nombre del asegurado.
2. No. de póliza
3. Vigencia
4. Plan Contratado
5. Deducible Contratado
6. Coaseguro Contratado
7. Suma Asegurada

III. ORIENTACIÓN GENERAL

Con la finalidad de orientarte sobre todas aquellas dudas y procedimientos de tu póliza contamos con un Centro de Atención Telefónica (CAT) que esta a tu servicio las 24 horas, los 365 días del año, con personal capacitado que podrá proporcionarte los siguientes servicios:

- Referencia de los proveedores médicos que pertenecen a nuestra red, tales como: Hospitales, Clínicas, Médicos Especialistas tanto Nacionales como Internacionales.
- Información sobre trámites y estatus de los mismos.
- Asesoría y orientación sobre la forma en la que operan las coberturas de tu póliza, llenado de formatos y documentación necesaria para la realización de tus trámites.

Para obtener este servicio deberás comunicarte a los teléfonos:

5448 6711
01 800 5227 696
(5255) 5448 6711

Ciudad de México
Sin Costo de los Estados de la República
Por cobrar de Territorio Internacional

¡IMPORTANTE!

- I. Estos teléfonos también podrás encontrarlos al reverso de tu credencial **Alfa Medical**.
- II. Los números telefónicos funcionan las 24 horas los 365 días del año sin excepción alguna.
- III. No olvides tomar nota de los siguientes puntos antes de terminar tu llamada:
 - a) Numero de reporte de tu llamada
 - b) Nombre de la persona que te atendió
 - c) Fecha y hora en que realizaste tu llamada

IV. URGENCIAS MÉDICAS

URGENCIA MÉDICA NACIONAL

1. Llamar al 5448 6711 Ciudad de México
 01 800 5227 696 Sin Costo de los Estados de la
República
2. Proporciona al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de emergencia y el lugar en donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano para recibir la atención médica.
4. Cuando la estancia sea **mayor a 24 horas** es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso del asegurado a urgencias, en caso contrario deberás reportarlo tu mismo.
5. Si el hospital pide como requisito que se realice un depósito de admisión hospitalaria para poder asignarte una habitación, este depósito lo deberás realizar tú como asegurado, alguno de tus familiares o cualquier persona que te acompañe.
6. Para el caso en que la estancia sea **menor a 24 horas** los gastos serán presentados mediante reembolso cuando no se cuente con la información necesaria para el dictamen de la urgencia.
7. Para tramitar el pago del Siniestro es indispensable que sean llenados completamente los formatos:
 - Informe Médico: En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
 - Aviso de Accidente y/o Enfermedad

Los cuáles se anexan a la póliza que se te entrega o podrás obtenerlos directamente de nuestra página web www.monterrey-newyorklife.com.mx

Nota:

Urgencia Médica: Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

V. URGENCIAS MÉDICAS

URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

1. Si cuentas con la cobertura de Asistencia en el Extranjero (CAE) y estando fuera del país requieres de asistencia médica inmediata deberás llamar al teléfono **(01 877) 639 4639**, si te encuentras en los **Estados Unidos** ó por cobrar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) **54 48 67 89** si te encuentras en **cualquier otro país**.
2. Proporciona al operador, número de póliza y nombre del asegurado.
3. Indica la situación de emergencia y el lugar en donde se encuentra el asegurado para que puedan proporcionarte información sobre el hospital más cercano en donde podrás recibir la atención médica necesaria, y un número telefónico para poder contactarte en caso de requerir alguna información adicional.
4. Cuando la estancia sea **mayor a 24 horas** es necesario verificar que el hospital haya reportado el ingreso del asegurado a urgencias en caso contrario deberás reportarlo tu mismo.
5. El reporte previo de la urgencia no implica la autorización del Pago Directo.
6. Si la estancia es **menor a 24 horas** y no se obtuvo la información necesaria por parte de alguno de nuestros médicos para evaluar el caso, los gastos deberán ser presentados mediante **reembolso**.
7. En caso de recibir atención médica en el extranjero, el asegurado deberá solicitar y presentar un informe de su médico tratante en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación de ICD y CPT* vigentes. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un informe médico, por cada uno de ellos.

* **ICD** – Código Internacional de Enfermedades
CPT– Código de Procedimientos y Tratamientos

Nota:

Urgencia Médica: Toda alteración en forma súbita y aguda que sufra el asegurado o alguno de los dependientes incluidos en esta póliza, que ponga en peligro su vida o su integridad corporal, como resultado de algún accidente o enfermedad amparados, y por lo que se requiera atención médica inmediata.

VI. ASISTENCIA ALFA MEDICAL

1. Llamar al:
(5255) 5250 4116 Ciudad de México y fuera del país por cobrar
01 800 713 5076 Sin Costo de los Estados de la República
2. Solicitar el servicio de Asistencia necesaria (ver Condiciones Generales).
3. Proporciona la siguiente información a cualquier operador que tome tu llamada:
 - Descripción del problema.
 - Lugar donde te encuentras y algún número telefónico en donde podamos contactarte a ti o a tu representante.
 - Todos los datos que se te soliciten para localizarte e identificarte como asegurado o dependiente de tu póliza.

VII. INGRESO DIRECTO AL HOSPITAL.

1. Deberás revisar con anticipación los procedimientos y trámites sobre la cobertura de tu póliza.
2. A tu llegada al hospital de red deberás identificarte como asegurado de Seguros Monterrey New York Life mostrando tu credencial **Alfa Medical** junto con una identificación oficial con fotografía.
3. Deberás llamarnos de inmediato para reportar tu ingreso al hospital al teléfono 54 48 67 11 de la Ciudad de México ó bien al 01 800 5227 696 sin costo de los Estados de la República.
4. Cuando se realice tu reporte te proporcionaremos un número de identificación para tu trámite, el cuál será indispensable lo conserves por si se requiere mayor información acerca de tu tratamiento.
5. Este servicio solo opera si el asegurado o sus dependientes, proporcionan a Seguros Monterrey New York Life la información necesaria para determinar la procedencia del evento, en tiempo y forma.

Nota:

- Las Cirugías Programadas de corta estancia deberán ser tramitadas de acuerdo a lo especificado dentro del procedimiento de Cirugía Programada.
- Este servicio no podrá aplicarse para las urgencias ya que estas deberán ser tramitadas mediante lo especificado en el procedimiento de Urgencias Médicas.

VIII. CIRUGÍA PROGRAMADA TERRITORIO NACIONAL

1. Deberás revisar con anticipación si tu tratamiento esta o no amparado por la póliza.
2. Obtener los formatos de Informe Médico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad en nuestras oficinas, en alguno de nuestros módulos o dentro de nuestra página www.monterrey-newyorklife.com.mx.
3. Si el tratamiento esta amparado, tu Médico deberá llenar completamente el Informe Médico. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
4. Tú deberás llenar el Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
5. El tratamiento deberá estar sustentado con los estudios clínicos preoperatorios, de laboratorio o gabinete y la interpretación de los mismos.
6. Elegir el hospital y médico de convenio para ser atendido además de informar la fecha en que se efectuará el tratamiento.
7. Solicitar a tu médico un presupuesto detallado de los honorarios médicos y/o quirúrgicos del tratamiento.
8. Toda la información deberá ser entregada en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life con un mínimo de 5 días hábiles antes de su tratamiento.
9. La respuesta de tu solicitud de Cirugía Programada podrás recogerla directamente en donde iniciaste tu trámite de acuerdo al tiempo establecido.
10. Si el trámite es aprobado se te entregará la autorización por escrito, la cuál deberás presentar al ingresar al hospital junto con tu credencial **Alfa Medical** y una identificación oficial.

Notas:

El **Formato de Admisión hospitalaria** caduca a los 30 días de ser expedido.

Si por alguna razón realizaste el pago por la cirugía o tratamiento médico el trámite deberá ser vía **reembolso**.

La información de cualquiera de nuestros proveedores puedes consultarla llamando directamente al CAT 54 48 67 11 / lada sin costo al 01 800 5227 696 en donde nuestros operadores te proporcionaran la información de cualquier parte del país que necesites ó visitando nuestra página web www.monterrey-newyorklife.com.mx en donde contamos con un directorio interactivo que puede ayudarte.

Los estudios médicos que cuenten con diagnóstico definitivo y previamente autorizados por Vitamédica, podrán ser programados, siguiendo el mismo procedimiento de cirugía programada, mencionado anteriormente.

IX. CIRUGÍA PROGRAMADA TERRITORIO INTERNACIONAL

1. Solo aplica si cuentas con la cobertura de Extensión en el Extranjero y tu tratamiento esta amparado por la póliza.
2. Obtener los formatos de Informe Médico y Aviso de Accidente y/o Enfermedad en nuestras oficinas, en alguno de nuestros módulos o dentro de nuestra página www.monterrey-newyorklife.com.mx.
3. Tu Médico deberá llenar completamente el Informe Médico ó darnos una **Historia Clínica**. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
4. Tú deberás llenar el Aviso de Accidente y/o Enfermedad.
5. El tratamiento deberá estar sustentado con los estudios clínicos preoperatorios, de laboratorio o gabinete y la interpretación de los mismos.
6. Proporcionar nombre del hospital, nombre del médico, ciudad, país en donde te atenderá y la fecha en la que se efectuará el tratamiento o cirugía.
7. Solicitar al médico un presupuesto detallado de los honorarios médicos y/o quirúrgicos del tratamiento.
8. Toda la información deberá ser entregada en nuestras oficinas o en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life con un mínimo de **10 días** hábiles antes de su tratamiento.
9. La respuesta de tu solicitud de Cirugía Programada podrás recogerla directamente en donde iniciaste tu trámite de acuerdo al tiempo establecido.
10. Si el trámite es aprobado se te entregará la autorización por escrito, la cuál deberás presentar al ingresar al hospital junto con tu tarjeta **Alfa Medical** y una identificación oficial.

Notas:

- El **Formato de Admisión hospitalaria** caduca a los 30 días de ser expedido.
- Si por alguna razón ya realizaste el pago por la cirugía o tratamiento médico el trámite deberá ser vía **reembolso**.
- La información de los proveedores en el extranjero podrás consultarla llamando directamente al CAT 54 48 67 11, lada sin costo al 01 800 5227 696 o al 1 877 639 4639 en Estados Unidos en donde nuestros operadores al corroborar que tu póliza tenga territorialidad Internacional te proporcionaran la información de cualquier parte del mundo que necesites.

- Los estudios médicos que cuenten con diagnóstico definitivo y previamente autorizados por Vitamédica, podrán ser programados, siguiendo el mismo procedimiento de cirugía programada, mencionado anteriormente.

X. SEGUNDA OPINION MÉDICA TERRITORIO NACIONAL E INTERNACIONAL

1. Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) **54 48 6711/** lada sin costo al **01800 9062 100**.
2. Solicitar una Segunda Opinión Médica Nacional o Internacional según sea el caso y la territorialidad de tu póliza.
3. Nuestro personal del **CAT** o de cualquiera de los módulos de Seguros Monterrey New York Life te indicarán la documentación que necesitará para tu trámite:
 - **Carta** especificando los requerimientos de la **segunda opinión**
 - Tu Médico deberá llenar completamente el formato de **Informe Médico**. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
 - Tú deberás llenar el formato de **Aviso de Accidente y/o Enfermedad**.
 - Anexar los **estudios** clínicos de laboratorio o gabinete realizados previamente y la interpretación de los mismos. En caso de requerir que se entreguen las placas y otros estudios, te será indicado por nuestro personal.

Toda la información deberá ser entregada directamente en nuestras oficinas, en cualquier módulo de Seguros Monterrey New York Life.

4. Una vez revisado tu trámite si es aceptado se coordinará tu atención con algún médico especialista miembro de la red.
 - Posteriormente se te notificará vía telefónica: Nombre del médico especialista que realizará la segunda Opinión, lugar, fecha y hora en que se efectuará tu cita.

Es indispensable que al momento de tu consulta menciones al médico especialista que vas con la finalidad de recibir una opinión médica y lleses contigo todos los estudios clínicos de laboratorio, gabinete, radiografías y todos los exámenes que te hayan practicado previamente.

5. Si coordinas todo el trámite de acuerdo a lo mencionado anteriormente, el costo de la consulta correrá por cuenta de Seguros Monterrey New York Life.

Si la Segunda Opinión es en el Extranjero deberás reunir toda la información necesaria que se te solicite y cubrir el costo por concepto de transportación, hospedaje y otros gastos.

Nota:

- En caso de que la segunda opinión sea documental se te informará el resultado.
- Solo si la segunda opinión médica fuera contraria a la opinión inicial, podrás solicitar una tercera opinión sin costo.

XI. TRASLADO EN AMBULANCIA TERRITORIO NACIONAL E INTERNACIONAL

1. Llamar al
(5255) 5250 4116 Ciudad de México y fuera del país por
cobrar
01 800 713 5076 Sin Costo de los Estados de la
República

2. Solicitar el servicio de traslado en ambulancia Nacional o Internacional según sea el caso y la territorialidad de tu póliza.
El traslado será siempre al hospital más cercano y adecuado para tu atención.

Podrás solicitar este beneficio sin importar que el padecimiento este o no cubierto por la póliza.

3. Proporcionar la siguiente información a cualquier operador que tome tu llamada:
- Descripción del problema.
 - Lugar donde te encuentras y algún número telefónico en donde podamos contactarte a ti o a tu representante.
 - Todos los datos que se te soliciten para localizarte e identificarte como asegurado o dependiente de tu póliza.
 - Nombre, domicilio y número de teléfono del médico que habitualmente te atiende a ti o a tu dependiente.
4. Una vez notificada la solicitud se analizará con la información proporcionada la necesidad del traslado en ambulancia para dar una respuesta y determinar el medio más adecuado (ambulancia terrestre, ambulancia aérea o avión de línea comercial).
5. Si tu solicitud es aceptada debes saber que el personal de ambulancias podrá solicitarte, información y acceso a tu historial clínico para conocer tu situación a más detalle.
6. Solo en caso de encontrarte fuera de tu población de residencia permanente y siempre que sea comprobado a juicio de Seguros Monterrey New York Life que te encontrabas imposibilitado para solicitarnos directamente este servicio, podrás acudir a un tercero para que te proporcione los servicios de ambulancia.

Nota:

- En caso de hacer uso de ambulancia sin previa notificación, como consecuencia de una urgencia, tú, tu dependiente o tu representante deberán de comunicárnoslo a más tardar dentro de las 24 horas siguientes al accidente o enfermedad.
- Si la solicitud es denegada quedaremos liberados de la obligación de gestionar el servicio de ambulancia y en consecuencia de toda responsabilidad civil por daños y perjuicios.

XII. REEMBOLSO

Todos los gastos que hagas directamente a cualquier proveedor médico y que estén amparados por tu póliza **Alfa Medical** serán reembolsados de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Llamar al teléfono del Centro de Atención Telefónica (CAT) **54 48 6711**/lada sin costo al **01 800 5227 696** en donde te podrán indicar la forma en cómo deberás presentar tu trámite.
2. Para cualquier caso deberás contar con los siguientes documentos:
 - Formato de **Aviso de Accidente y/o Enfermedad** llenado y firmado por ti.
 - Formato de **Informe Médico** llenado y firmado por el médico tratante. En caso de ser atendido por más de un médico, ingresar un formato por cada uno de ellos.
 - **Historial Médico** (Antecedentes, diagnóstico, resultados y tratamiento) y, si es posible, un **Expediente Clínico del Hospital**
 - Resultado de todos los **análisis** y **estudios** realizados con su respectiva interpretación (laboratorio, radiografías, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética, estudio histopatológico).
 - Copia fotostática de una **identificación oficial** (IFE ó Pasaporte) del asegurado.
 - **Original** de todos los **comprobantes** de pago a nombre del reclamante o bien a nombre del Asegurado Titular en caso de tratarse de un menor de edad.
 - Todos los comprobantes (facturas de hospital con el estado de cuenta anexo o comanda, recibos de honorarios médicos con las fechas de cada consulta y nombre del paciente, notas de farmacia con precios unitarios y anexando la receta y estudios) deberán cumplir con los **requisitos fiscales** vigentes (fecha de expedición, fecha de servicio, desglose de cada concepto que se está cobrando con importe unitario y cédula fiscal impresa).

Te recomendamos sacar copias fotostáticas de todos los documentos antes mencionados

3. En caso de intervención de más de un médico deberás presentar un Informe Médico por cada uno de los especialistas involucrados.
4. En caso de intervenciones simultáneas, deberás entregar un Informe Médico y un Aviso de Accidente y/o Enfermedad por cada asegurado o padecimiento.
5. Seguros Monterrey New York Life revisará toda la información que entregaste y determinará lo que procede de acuerdo a la cobertura de la póliza.

Nota:

- En caso de cirugía, presentar hoja del reporte de la sala de operaciones.

- A las facturas de laboratorio y gabinete deberán anexarse los estudios y la interpretación médica correspondiente. Es requisito indispensable entregar placas e interpretación médica de rayos X.
- En todos aquellos casos de cirugía en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano: será necesario el reporte de histopatología.
- En pagos por reembolso aplica la base de honorarios quirúrgicos de tu póliza y el porcentaje correspondiente del tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos.
- Para los gastos realizados en el extranjero se requiere: Informe de su Médico en el que se indique la fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, evolución y tratamiento, anexando las facturas originales y la nota médica con la clasificación del **ICD** y **CPT*** vigentes.
- En caso de accidente automovilístico, asalto con arma blanca o de fuego o en aquellos casos donde haya habido violencia, se debe entregar copia del acta del ministerio público.

* **ICD** – Código Internacional de Enfermedades
CPT– Código de Procedimientos y Tratamientos

Requisitos Fiscales vigentes a Enero de 2010

a) PAGO DIRECTO

Datos del emisor del comprobante fiscal

1. Nombre, denominación o razón social de quien expide el comprobante.
2. Domicilio fiscal y en su caso el de la sucursal que expida el comprobante.
3. El Registro Federal de Contribuyentes de quien expide el comprobante.

Datos de la impresión del comprobante

4. Número de folio del comprobante.
5. Fecha de impresión por el impresor autorizado o señalarse expresamente el plazo de vigencia de dos años, contados a partir de su fecha de impresión.
6. La leyenda "La reproducción no autorizada de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales" con letra no menor de tres puntos.
7. Los datos de identificación del impresor (RFC, nombre, domicilio, en su caso teléfono) y fecha de publicación de la autorización, en la pagina de Internet del SAT, con letra no menor de tres puntos.
8. Deberán contener la leyenda "Numero de Aprobación del Sistema de Control de Impresores Autorizados" seguida del número generado por el sistema.
9. Cédula de Registro Federal de contribuyentes reproducida en tamaño de 2.75 cm. de ancho por 5 cm. de alto, y con una resolución de 133 líneas/1200 dpi. En el caso de las personas físicas, la cedula podrá contener la CURP.
10. Los comprobantes expedidos por personas físicas con actividad empresarial o profesional (incluyendo honorarios), deberán contener preimpresa la leyenda "EFECTOS FISCALES AL PAGO".

Datos de Seguros Monterrey New York Life (SMNYL).

11. Clave del RFC V de SMNYL.
12. Domicilio de SMNYL, S.A. de C.V.

Otros datos

13. Fecha de expedición.
14. Cantidad de las mercancías o el tipo de servicio prestado en el caso de honorarios.
15. Clase de mercancías o en su caso descripción del servicio (indicar si son honorarios).
16. Valor unitario de las mercancías o servicios consignados en número sin IVA (el valor unitario no aplica en caso de honorarios).
17. Impuesto al Valor Agregado trasladado en forma expresa y por separado, desglosado por tasa de impuesto, en su caso.
18. Importe total consignado en número o en letra.
19. Desglose de retención de ISR cuando proceda.
20. Honorarios pagados a personas físicas por servicios prestados en el Estado de Guanajuato, se retendrá el 1% a quien tenga domicilio fiscal dentro del Estado y el 2% para quien no lo tenga.

b) REEMBOLSO

Datos del emisor del comprobante fiscal

1. Nombre, denominación o razón social de quien expide el comprobante.
2. Domicilio fiscal y en su caso el de la sucursal que expida el comprobante.
3. El Registro Federal de Contribuyentes de quien expide el comprobante.

Datos de la impresión del comprobante

4. Número de folio del comprobante.
5. Fecha de impresión por el impresor autorizado o señalarse expresamente el plazo de vigencia de dos años, contados a partir de su fecha de impresión.
6. La leyenda "La reproducción no autorizada de este comprobante constituye un delito en los términos de las disposiciones fiscales" con letra no menor de tres puntos.
7. Los datos de identificación del impresor (RFC, nombre, domicilio, en su caso teléfono) y fecha de publicación de la autorización, en la pagina de Internet del SAT, con letra no menor de tres puntos.
8. Deberán contener la leyenda "Numero de Aprobación del Sistema de Control de Impresores Autorizados" seguida del número generado por el sistema.
9. Cédula de Registro Federal de contribuyentes reproducida en tamaño de 2.75 cm. de ancho por 5 cm. de alto, y con una resolución de 133 líneas/1200 dpi. En el caso de las personas físicas, la cedula podrá contener la CURP.
10. Los comprobantes expedidos por personas físicas con actividad empresarial o profesional (incluyendo honorarios), deberán contener preimpresión la leyenda "EFECTOS FISCALES AL PAGO".

Datos de la persona a quien se expide el comprobante

11. Datos del Asegurado o Contratante de la póliza.

Otros datos

12. Fecha de expedición.
13. Cantidad de las mercancías o servicios (en caso de honorarios indicar que son honorarios y el tipo de trabajo realizado).
14. Clase de mercancías o en su caso descripción del servicio (indicar si son honorarios).
15. Valor unitario de las mercancías o servicios consignados en número sin IVA (no aplica en caso de honorarios).
16. Impuesto al Valor Agregado trasladado en forma expresa y por separado, desglosado por tasa de impuesto, en su caso.
17. Importe total consignado en número o en letra.

Nota: En caso de reembolso no hay retención de ISR.

c) FACTURACION ELECTRONICA

Las personas físicas y morales que cuenten con un certificado de firma electrónica avanzada vigente y lleven su contabilidad en sistema electrónico, podrán emitir los comprobantes de las operaciones que realicen mediante documentos digitales, siempre que dichos documentos cuenten con sello digital amparado por un certificado expedido por el SAT, cuyo titular sea la persona física o moral que expide los comprobantes.

Los contribuyentes que ejerzan esta opción deberán cumplir, entre otras, con la obligación de incorporar en los comprobantes fiscales digitales que expidan los datos establecidos en las fracciones I, III, IV, V, VI y VII del artículo 29-A.

- I. Contener impreso el nombre, denominación o razón social, domicilio fiscal y clave del registro federal de contribuyentes de quién los expida. Tratándose de contribuyentes que tengan más de un local o establecimiento, deberán señalar en los mismos el domicilio del local o establecimiento en el que se expidan los comprobantes.
- II. Lugar y fecha de expedición.
- III. Clave del registro federal de contribuyentes de SMNYL.
- IV. Cantidad y clase de mercancías o descripción del servicio que amparen.
- V. Valor unitario consignado en número e importe total consignado en número o letra, así como el monto de los impuestos que en los términos de las disposiciones fiscales deban trasladarse, desglosado por tasa de impuesto, en su caso.
- VI. Número y fecha del documento aduanero, así como la aduana por la cual se realizó la importación, tratándose de ventas de primera mano de mercancías de importación.

Catálogo de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos

Alfa MEDICAL
Mayo 2010

Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos

En caso de que el padecimiento que requieras no se encuentre en esta tabla puedes comunicarte al Centro de Atención Telefónica (CAT) y te proporcionarán la información correspondiente.

El porcentaje obtenido en la tabla se aplicará multiplicándolo por la base de Honorarios Médicos y Quirúrgicos que aparece en la carátula de la póliza.

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
ANGIOLOGÍA		
36468	Inyección de solución esclerosante, una o varias inyecciones; extremidad o tronco (Ej.: telangiectasia)	2.5%
36470	Inyección de solución esclerosante; una sola vena	2.7%
36471	Inyección de solución esclerosante; varias venas, en la misma pierna	2.5%
37730	Ligadura y división y denudación completa de safena larga y corta (safenectomía)	17.9%
37735	Ligadura y división y denudación completa de safena larga o corta con excisión radical de úlcera e injerto cutáneo y/o interrupción de venas comunicantes de parte baja de la pierna, con excisión de fascia profunda (safenectomía)	26.0%
37760	Ligadura de vasos perforantes, subfascial, radical (tipo Linton), con o sin injerto cutáneo	24.4%
37780	Ligadura y división de vena safena corta a nivel de la unión safenopoplítea	6.9%
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO		
60240	Tiroidectomía total o completa	34.6%
CIRUGÍA GENERAL		
10061	Absceso, incisión y drenaje complicado o múltiple (Ej.: carbunco, hidradenitis supurativa, absceso cutáneos o subcutáneos, quistes -sebáceo -frio, forúnculo o paroniquia)	3.5%
10080	Quiste pilonidal, incisión y drenaje simple	2.7%
43280	Fundoplastia esofagogástrica, laparoscópica Incluye ° Laparoscopia diagnóstica (Ej.: procedimiento tipo Nissen, Toupet)	45.3%
43324	Fundoplastia esofagogástrica (Ej.: procedimiento tipo Nissen, Belsey IV, Hill) (por laparoscopia ver 43280)	36.5%
44140	Colectomía parcial; con anastomosis	37.1%
44950	Apendicectomía	26.9%
44960	Apendicectomía, por ruptura del apéndice con absceso o peritonitis generalizada	30.1%
44970	Apendicectomía por laparoscopia Incluye ° Laparoscopia diagnóstica	23.7%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
47562	Laparoscopia , quirúrgica ; con colecistectomía Incluye° Laparoscopia diagnóstica	34.8%
47600	Colecistectomía	27.7%
47610	Colecistectomía con exploración de conducto biliar común	33.8%
49000	Laparotomía exploradora, con o sin biopsia (s)	22.7%
49505	Corrección, inicial de hernia inguinal reductible, en mayores de 5 años	23.2%
49507	Corrección, inicial de hernia inguinal encarcelada o estrangulada, en mayores de 5 años	23.2%
49520	Corrección, de hernia inguinal reductible, recurrente, cualquier edad	19.2%
49560	Corrección, de hernia incisional o ventral inicial, reductible	21.7%
49585	Corrección, de hernia umbilical reductible, mayores de 5 años de edad.	17.0%
49650	Laparoscopia quirúrgica ; para corrección de hernia inguinal inicial Incluye° Laparoscopia diagnóstica	16.8%
49651	Laparoscopia quirúrgica ; para corrección de hernia inguinal recurrente Incluye° Laparoscopia diagnóstica	17.5%
CIRUGÍA PEDIÁTRICA		
49580	Corrección, de hernia umbilical reductible, menores de 5 años de edad.	16.0%
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA		
12011	Sutura Simple de Heridas Superficiales (donde esta comprometida la epidermis o dermis, o tejido subcutáneo pero sin compromiso importante de estructuras más profundas); en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de longitud de 2.5 cm. o menores	6.3%
12014	Sutura Simple de Heridas Superficiales (donde esta comprometida la epidermis o dermis, o tejido subcutáneo pero sin compromiso importante de estructuras más profundas); en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas; de longitud de 5.1 a 7.5 cm.	4.4%
12052	Sutura por capas de heridas (además del cierre de la piel -epidermis y dermis- requiere cierre en capas de una o más de las capas profundas del tejido subcutáneo y fascia superficial); en cara, orejas, párpados, nariz, labios y/o mucosas; longitud de 2.6 a 5.0 cm.	5.2%
13151	Sutura de Heridas, que requieren de una etapa reconstructiva considerándose como parte del tratamiento básico de la herida; en párpados, nariz, orejas, labios; longitud de 1.1 a 2.5 cm.	8.8%
19140	Mastectomía, por ginecomastia	11.9%
19180	Mastectomía, simple, completa	18.8%
DERMATOLOGÍA		
11100	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluyendo cierre simple); una sola lesión	1.8%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
11101	Biopsia de piel, tejido subcutáneo y/o mucosa (incluyendo cierre simple); por cada lesión separada / adicional	1.0%
11403	Lesión benigna; excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en tronco, brazos, piernas; diámetro de 2.1 a 3.0 cm. Ejemplos: lesión cicatrizal, fibroso, inflamatorio, congénito, quiste.	4.2%
11404	Lesión benigna; excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en tronco, brazos, piernas; diámetro de 3.1 a 4.0 cm. Ejemplos: lesión cicatrizal, fibroso, inflamatorio, congénito, quiste.	4.8%
11406	Lesión benigna; excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en tronco, brazos, piernas; diámetro mayor a 4.0 cm. Ejemplos: lesión cicatrizal, fibroso, inflamatorio, congénito, quiste.	6.3%
11420	Lesión benigna; excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en cuero cabelludo, cuello, manos, pies, genitales; diámetro de la lesión de 0.5 cm. o menor	2.3%
11443	Lesión benigna; excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en cara, orejas, párpados, nariz, labios, mucosa; diámetro de 2.1 a 3.0 cm.	5.2%
12001	Sutura simple de heridas superficiales (donde esta comprometida la epidermis o dermis, o tejido subcutáneo pero sin compromiso importante de estructuras más profundas); en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco, extremidades incluyendo manos y pies; de longitud de 2.5 cm. o menores.	2.7%
12002	Sutura simple de heridas superficiales (donde esta comprometida la epidermis o dermis, o tejido subcutáneo pero sin compromiso importante de estructuras más profundas); en piel cabelluda, cuello, axilas, genitales externos, tronco, extremidades incluyendo manos y pies; longitud de 2.6 a 7.5 cm.	2.9%
GASTROENTEROLOGÍA		
43234	Endoscopia gastrointestinal alta, examen primario simple (Ej.: con endoscopio flexible de calibre pequeño)	8.3%
43235	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; diagnóstica, con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado	10.6%
43239	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con biopsia, única o múltiple	10.8%
43241	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con colocación transendoscópico de tubo intraluminal o catéter	8.8%
43243	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con esclerosis, mediante inyección de várices esofágicas y/o gástricas	17.8%

43244	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con ligadura elástica de várices esofágicas y/o gástricas	13.9%
-------	--	-------

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
43246	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con colocación dirigida de tubo percutáneo de gastrostomía	22.3%
43250	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones mediante ° Pinza de biopsia ° Electrocoagulación ° Cauterio Bipolar	13.5%
43259	Endoscopia gastrointestinal alta, que incluye esófago, estómago, y ya sea el duodeno y/o el yeyuno, según corresponda; con ultrasonografía endoscópica	9.8%
44388	Colonoscopia a través del estoma; diagnóstica con o sin recolección de especímenes mediante cepillado o lavado	10.0%
44389	Colonoscopia a través del estoma; con biopsia, única o múltiple Incluye° Endoscopia diagnóstica	10.2%
44392	Colonoscopia a través del estoma; con extirpación de tumores, pólipos, u otras lesiones con pinza de biopsia de electrocoagulación, cauterio bipolar o técnica de asa Incluye° Endoscopia diagnóstica	12.7%
45380	Colonoscopia - examen de la totalidad del colon desde el recto al ciego y puede incluir el íleon terminal - flexible, proximal al ángulo esplénico; con biopsia única o múltiple	13.0%
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA		
19120	Excisión, de quiste, fibroadenoma u otro tumor benigno o maligno, tejido mamario aberrante, lesión de conducto, lesión de pezón o de la areola, en hombre o mujer una o más lesiones	12.0%
49200	Excisión o destrucción mediante cualquier método de tumores o quistes o endometriomas intraabdominales o retroperitoneales	27.1%
56740	Excisión de quiste o glándula de Bartholin	10.2%
57240	Colporrafia anterior, corrección de cistocele con o sin corrección de uretrocele	17.7%
57260	Colporrafia anteroposterior, combinada	21.3%
57265	Colporrafia anteroposterior, combinada ; con corrección de enterocele	26.7%
57510	Cauterización del cérvix ; electro o térmica	3.5%
57511	Cauterización del cérvix ; criocauterio, inicial o repetición	5.4%
57513	Cauterización del cérvix ; ablación con láser	10.0%
57520	Conización del cérvix, con o sin fulguración, con o sin dilatación y legrado, con o sin corrección ; cuchillo frío o láser	11.9%
57700	Cerclaje de cérvix uterino, NO obstétrico	10.2%

58120	Dilatación y legrado uterino, diagnóstico y/o terapéuticos , NO obstétricos	9.6%
58140	Miomectomía excisión de tumor fibroide del útero, uno solo o varios ; abordaje abdominal	29.4%
58145	Miomectomía excisión de tumor fibroide del útero, uno solo o varios ; abordaje vaginal	23.3%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
58150	Histerectomía abdominal total (cuerpo y cérvix), con o sin extirpación de trompa (s), con o sin extirpación de ovario (s)	33.5%
58152	Histerectomía abdominal total (cuerpo y cérvix), con o sin extirpación de trompa (s), con o sin extirpación de ovario (s) ; con colpouretrocistopexia (Ej.: Marshall - Marchetti - Krantz , Bursch)	42.5%
58180	Histerectomía abdominal supracervical (histerectomía subtotal), con o sin extirpación de trompa (s), con o sin extirpación de ovario (s)	32.9%
58260	Histerectomía vaginal	37.8%
58267	Histerectomía vaginal ; con colpouretrocistopexia (procedimiento de Marshall - Marchetti - Krantz, de Pereyra) con o sin control endoscópico	44.1%
58558	Histeroscopia quirúrgica ; con toma de muestra (biopsia) de endometrio y/o polipectomía, con o sin dilatación y legrado	14.6%
58662	Laparoscopia quirúrgica ; con fulguración o excisión de lesiones de ovario, víscera pélvica o superficie peritoneal, mediante cualquier método	22.1%
58800	Drenaje de quistes de ovario, uni o bilateral ; abordaje vaginal	14.6%
58920	Resección en cuña o bidisección de ovario, uni o bilateral	21.7%
58940	Ooforectomía , parcial o total, uni o bilateral	20.6%
59320	Cerclaje del cérvix, durante el embarazo; vaginal	8.5%
59410	Parto vaginal solamente, con o sin episiotomía y/o fórceps, incluyendo atención posparto	31.0%
59514	Parto por cesárea	35.0%
59812	Tratamiento de aborto incompleto, cualquier trimestre, completado quirúrgicamente	10.4%
HEMODINAMIA		
92982	Angioplastia de balón percutánea y transluminal de las coronarias; Un solo vaso	34.2%
92984	Angioplastia de balón percutánea y transluminal de las coronarias ; Cada vaso adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	12.5%
92996	Aterectomía percutánea y transluminal de las coronarias por método mecánico u otro método, con o sin angioplastia de balón ; cada vaso adicional (anote separadamente además del código para el procedimiento primario)	12.9%
93501	Cateterización del corazón derecho	7.3%
93510	Cateterización retrógrada del corazón izquierdo desde la arteria braquial, arteria axilar o arteria femoral ; percutánea	14.6%

93526	Cateterización combinada del corazón derecho y retrógrada del corazón izquierdo	20.4%
93543	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca ; para la angiografía selectiva del ventrículo izquierdo o la aurícula izquierda	1.9%
93545	Procedimiento de inyección durante la cateterización cardiaca; para la angiografía selectiva de las coronarias (la inyección del material radioopaco puede hacerse manualmente)	3.1%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
NEUMOLOGÍA		
31622	Broncoscopia, rígida o flexible; diagnóstica, con o sin lavado celular Incluye ° Guía Fluoroscópica	8.5%
31625	Broncoscopia, rígida o flexible; diagnóstica, con biopsia Incluye ° Guía Fluoroscópica	8.8%
NEUROCIRUGÍA		
63020	Hemilaminectomía (laminotomía) con descompresión de raíces neurales, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de disco intervertebral herniado; un interespacio cervical	50.4%
63030	Hemilaminectomía (laminotomía) con descompresión de raíces neurales, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de disco intervertebral herniado; un interespacio lumbar (incluyendo abordaje abierto o asistido endoscópicamente)	45.4%
63042	Hemilaminectomía (laminotomía) con descompresión de raíces neurales, incluyendo facetectomía parcial, foraminotomía y/o excisión de disco intervertebral herniado; reexploración lumbar	57.7%
63075	Discectomía, abordaje anterior, con descompresión de la médula espinal y/o raíces neurales, incluyendo osteofitectomía ; cervical , Un solo interespacio	53.3%
64721	Neuroplastia (descompresión o liberación de un nervio intacto de tejido cicatrizal) y/o transposición ; nervio mediano a nivel del túnel carpal, incluye neurolisis externa	15.4%
OFTALMOLOGÍA		
65420	Excisión o trasposición de pterigión ; sin injerto	11.3%
65426	Excisión o trasposición de pterigión ; con injerto	15.0%
66850	Extirpación de material del cristalino ; técnica de facofragmentación (mecánica o ultrasónica) con aspiración (Ej.: facoemulsificación)	29.2%
66983	Extracción de catarata intracapsular con inserción de prótesis de cristalino	25.0%
66984	Extracción de catarata extracapsular con inserción de prótesis de cristalino (en un estadio), técnica manual o mecánica (Ej.: irrigación y aspiración , ó facoemulsificación)	31.5%
67840	Excisión de lesión del párpado (excepto chalazión) sin cierre o con cierre directo simple	5.6%

ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA		
11603	Lesión Maligna; Excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en tronco, brazos, piernas; diámetro de 2.1 a 3.0 cm.	5.2%
11641	Lesión Maligna; Excisión; en piel y tejido subcutáneo; Incluye el cierre simple y anestesia local; en cara, orejas, párpados, nariz, labios, mucosa; diámetro de 0.6 a 1.0 cm.	5.2%
19160	Mastectomía, parcial	18.8%
19162	Mastectomía, parcial Incluye: ° Linfadenectomía axilar	33.3%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
19200	Mastectomía, radical, Incluyendo: ° Músculos pectorales y ° Ganglios linfáticos axilares	39.6%
21557	Resección radical, de tumor maligno de tejidos blandos de cuello o tórax	26.3%
58200	Histerectomía abdominal total, incluyendo vaginectomía parcial, con toma de muestra de ganglios linfáticos para aórticos y pélvicos, con o sin extirpación de trompa (s), con o sin extirpación de ovario (s)	43.1%

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA		
20610	Artrocentesis, sea aspiración o inyección, en articulación grande, Bursa Ejemplo: hombro, cadera, articulación de la rodilla, bolsa subacromial	1.5%
20670	Retiro, de material de osteosíntesis, superficial Ejemplo: alambre intraóseo, clavija o varilla	5.0%
22612	Artrodesis, cuerpo vertebral, técnica posterior o posterolateral, un solo segmento, con o sin técnica lateral transversa; lumbar	53.1%
22842	Instrumentación, posterior, segmentaria; de 3 a 6 segmentos vertebrales Ejemplo: fijación al pedículo, varillas dobles con varios ganchos y alambres sublaminares	46.9%
23105	Artrotomía, articulación glenohumeral, con sinovectomía, con o sin biopsia	25.8%
23410	Corrección, de ruptura aguda de maguito musculotendinoso Ejemplo: rotador del hombro	29.0%
23415	Liberación, de ligamento coracoacromial, con o sin acromioplastía	21.0%
23472	Artroplastía, hombro completo, reemplazo de la cavidad glenoidea o del húmero proximal	59.8%
23500	Clavícula, fractura, tratamiento cerrado; sin manipulación	5.2%
23505	Clavícula, fractura, tratamiento cerrado; con manipulación	8.1%
23605	Húmero Proximal (cuello quirúrgico o anatómico) , fractura, Tratamiento cerrado; con manipulación, con o sin tracción esquelética	12.7%
23650	Hombro, luxación, tratamiento cerrado; con manipulación sin anestesia	7.1%

24515	Húmero, fractura de la diáfisis, tratamiento abierto; con placa / tornillo, con o sin cerclaje	25.0%
24615	Codo, luxación sea aguda o crónica, tratamiento abierto	20.6%
25000	Incisión, muñeca, en vaina tendinosa del extensor, Ejemplo: enfermedad de Quervain	10.6%
25505	Radio, fractura de diáfisis, tratamiento cerrado; con manipulación	11.5%
25565	Radio y cúbito, fracturas de las diáfisis, tratamiento cerrado; con manipulación	10.4%
25575	Radio y cúbito, fracturas de las diáfisis, tratamiento abierto; con fijación interna o externa en ambos	27.5%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
25605	Radio distal, fractura o separación epifisiaria, con o sin fractura de la apófisis estiloides cubital, tratamiento Cerrado; con manipulación (fractura de Colles o Smith)	12.1%
25611	Radio distal, fractura o separación epifisiaria, Con o Sin fractura de la apófisis estiloides cubital, fijación esquelética percutánea; que requiere manipulación, con o sin fijación externa (fractura de Colles o Smith)	17.5%
25620	Radio distal, fractura o separación epifisiaria, con o sin fractura de la apófisis estiloides cubital, tratamiento abierto; con o sin fijación interna o externa (fractura de Colles o Smith)	19.8%
26615	Metacarpo, fractura, tratamiento abierto; una sola, con o sin fijación interna o externa, cada hueso	14.0%
26735	Falange proximal o medial, fractura de diáfisis en dedo pulgar, tratamiento abierto; con o sin fijación interna o externa, cada una	13.3%
27130	Artroplastía, reemplazo protésico acetabular y femoral proximal; con o Sin injerto autólogo o aloinjerto (reemplazo total de cadera)	62.5%
27409	Corrección, de ligamento cruzado y colateral y/o cápsula desgarrados, de la rodilla; primaria	33.3%
27438	Artroplastía, de rótula; con prótesis	33.3%
27550	Rodilla, luxación, tratamiento cerrado; sin anestesia	10.4%
27650	Corrección, por ruptura del tendón de aquiles; primaria, abierta o percutánea	22.1%
27700	Artroplastía, de tobillo	28.3%
27756	Tibia, fractura de la diáfisis, fijación esquelética percutánea; con o sin fractura del peroné	22.7%
27758	Tibia, fractura de la diáfisis, tratamiento abierto; con o sin fractura del peroné, con placa / tornillo, con o sin cerclaje	29.4%
27810	Tobillo, fractura bimalleolar, tratamiento cerrado; con manipulación incluyendo la fractura de Pott	9.4%
27814	Tobillo, fractura bimalleolar, tratamiento Abierto; con o sin fijación interna o externa incluyendo la fractura de Pott	25.2%
27840	Tobillo, luxación, tratamiento cerrado; sin anestesia	5.2%
27846	Tobillo, luxación, tratamiento abierto; con o sin fijación esquelética percutánea; sin corrección o fijación interna	22.5%

29125	Férula corta, aplicación en brazo, de antebrazo a mano; estática	1.3%
29505	Férula larga, aplicación en la pierna, de muslo a tobillo o a dedos	1.7%
29515	Férula corta, aplicación en la pierna, de pantorrilla al pie	1.5%
29540	Vendaje, de tobillo	0.8%
29550	Vendaje, de dedos de los pies	0.8%
29870	Artroscopia diagnóstica, articulación de la rodilla; con o sin biopsia sinovial	14.2%
29875	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con sinovectomía conservadora - ejemplo: resección de pliegues o de salientes Incluye ° Artroscopia diagnóstica	29.5%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
29877	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con desbridamiento / raspadura de cartílago articular (condroplastia) Incluye ° Artroscopia diagnóstica	29.0%
29879	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; para artroplastia por abrasión (incluye condroplastia cuando fuera necesario) o múltiples trepanaciones o microfracturas Incluye ° Artroscopia diagnóstica	29.4%
29880	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con menisectomía medial Y lateral incluyendo cualquier raspadura de menisco Incluye ° Artroscopia diagnóstica	37.3%
29881	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con menisectomía medial o lateral incluyendo cualquier raspadura de menisco Incluye ° Artroscopia diagnóstica	29.0%
29882	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con corrección de menisco medial o lateral Incluye ° Artroscopia diagnóstica	37.3%
29883	Artroscopia quirúrgica, articulación de la rodilla; con corrección de menisco medial y lateral Incluye ° Artroscopia diagnóstica	43.0%
29888	Corrección, aumento o reconstrucción de ligamento cruzado anterior, asistido por artroscopia	49.7%
29889	Corrección, aumento o reconstrucción de ligamento cruzado posterior, asistido por artroscopia	51.9%

29894	Artroscopia quirúrgica de tobillo (articulaciones tibioastragalina y peroneoastragalina); con extirpación de cuerpo suelto o cuerpo extraño Incluye ° Artroscopia diagnóstica.	25.0%
OTORRINOLARINGOLOGÍA		
31030	Sinusotomía, Maxilar (antrotomía) radical (Caldwell - Luc); sin extirpación de pólipos antrocoanales	20.0%
31237	Endoscopia nasal / sinusoidal, quirúrgica; con biopsia, polipsectomía o desbridamiento La endoscopia quirúrgica incluye: ° Sinusotomía (cuando corresponda) y una ° Endoscopia diagnóstica	8.3%
31540	Laringoscopia directa operatoria, con excisión de tumor y/o denudado de cuerdas vocales o epiglotis	19.8%
42821	Amigdalectomía y adenoidectomía; 12 años de edad o mayor	17.9%
42826	Amigdalectomía primaria o secundaria; 12 años de edad o mayor	17.1%
42836	Adenoidectomía secundaria; 12 años de edad o mayor	7.3%
69420	Miringotomía incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de eustaquio	3.8%
69421	Miringotomía incluyendo aspiración y/o insuflación de conducto de eustaquio ; con necesidad de anestesia general	4.8%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
21335	Nasal, fractura; con complicaciones, tratamiento abierto, con tratamiento concomitante de fractura de tabique nasal	30.6%
21336	Tabique nasal, fractura, tratamiento abierto, con o sin estabilización	13.1%
OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA		
42820	Amigdalectomía y adenoidectomía; menor de 12 años de edad	19.0%
42825	Amigdalectomía primaria o secundaria; menor de 12 años de edad	17.1%
42830	Adenoidectomía primaria; menor de 12 años de edad	10.0%
PROCTOLOGÍA		
46040	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal y/o perirrectal	8.3%
46060	Incisión y drenaje de absceso isquiorrectal o intramural, con fistulectomía o fistulotomía, submuscular, con o sin colocación de setón	20.8%
46200	Fisurectomía , con o sin esfinterectomía	9.6%
46250	Hemorroidectomía , externa, completa	10.6%
46255	Hemorroidectomía , interna y externa, simple	15.0%
46257	Hemorroidectomía , interna y externa; simple con fisurectomía	14.6%
46258	Hemorroidectomía , interna y externa, con fistulectomía, con o sin fisurectomía	16.4%
46260	Hemorroidectomía , interna y externa, compleja o amplia	17.1%
46261	Hemorroidectomía , interna y externa; compleja o amplia con fisurectomía, incluye esfinterotomía	17.9%
46262	Hemorroidectomía , interna y externa, con fistulectomía , con o sin fisurectomía	18.8%

46275	Fístula anal - fistulectomía / fistulotomía - tratamiento quirúrgico, Submuscular	14.0%
UROLOGÍA		
50575	Endoscopia renal a través de nefrotomía o pielotomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropielografía, exclusivo para el servicio radiológico ; con endopielotomía Incluye ° Cistoscopia ° Ureteroscopia ° Dilatación de uréter y de unión uretero - pél	29.4%
50590	Litotripsia extracorpórea	27.3%
50961	Endoscopia ureteral a través de ureterostomía, con o sin irrigación, instilación o ureteropielografía, exclusivo para el servicio radiológico; Con extirpación de cuerpo extraño o cálculo	9.8%
52310	Cistouretroscopia ; con extirpación de cuerpo extraño, cálculo o retiro de catéter dilatador uretral desde la uretra o vejiga ; simple	12.0%
52325	Cistouretroscopia incluyendo cateterización uretral ; con fragmentación de cálculo ureteral (Ej.: técnica ultrasónica o electrohidráulica)	23.0%
52330	Cistouretroscopia incluyendo cateterización uretral ; con manipulación, sin extirpación de cálculo uretral	16.0%
52332	Cistouretroscopia ; con inserción de un catéter ureteral permanente (Ej.: Gibbons, o catéter de silastic " doble J ")	14.4%

CPT	PROCEDIMIENTO MÉDICO - QUIRÚRGICO	(%) PORCENTAJE
52601	Resección electroquirúrgica transuretral de la próstata, completa Incluye ° Vasectomía ° Meatotomía ° Cistouretroscopia ° Calibración y/o dilatación uretral ° Uretrotomía interna ° Control de sangrado postoperatorio	29.0%
52612	Resección transuretral de la próstata ; primer estadio de una resección en dos estadios (resección parcial)	23.0%
55040	Excisión de hidrocele ; unilateral	12.5%
55530	Excisión de varicocele o ligadura de venas espermáticas debido a varicocele	13.3%
55700	Biopsia de próstata ; con aguja fina o en sacabocados, una sola o varias, cualquier abordaje	5.2%
UROLOGÍA PEDIÁTRICA		
54150	Circuncisión usando clamp u otro dispositivo; Recién Nacido	4.2%
54152	Circuncisión usando clamp u otro dispositivo; Excepto en recién nacido	9.4%
54161	Circuncisión excisión quirúrgica (que NO sea clamp) con dispositivo o corte dorsal ; Excepto en recién nacido	9.4%
54640	Orquiopexia, abordaje inguinal, con o sin corrección de hernia	17.7%

