

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Por cuanto el Contratante, cuyo nombre aparece inscrito en el “Cuadro de Especificaciones y Recibo del Contrato” (en adelante llamado el “Cuadro-Recibo”), el cual forma parte integrante del presente Contrato, ha presentado una solicitud de Prestación de Servicios de Salud a “**Planisalud Medicina Prepagada, C.A.**”, en adelante denominada “**LA EMPRESA**”, Registro de Información Fiscal (RIF) No. J-31237788-7, debidamente inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, bajo el No. 4, Tomo 1003 A Primero, en fecha 23 de Noviembre de 2004, con domicilio en la ciudad de Caracas, representada por la persona que se encuentra plenamente identificada en el Cuadro-Recibo del Contrato que forma parte integrante de este Contrato, incluyendo el carácter con que actúa, emite el presente Contrato mediante el cual se compromete a realizar la gestión para la contratación de la Prestación de Servicios de Salud a favor de las personas denominadas “**Usuarios**” y a pagar al Prestador de los Servicios de Salud los “**Gastos Razonables Cubiertos**” en los cuales incurra el o los Usuarios incluidos en el Cuadro-Recibo, por los Servicios de Salud que le fueron prestados como consecuencia de un accidente sufrido o una enfermedad contraída durante la vigencia del Contrato, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato.

Las declaraciones e informaciones contenidas en la Solicitud de Afiliación al Contrato firmada por el Contratante, los exámenes e informes médicos solicitados al Usuario, si los hubiere, el Cuadro-Recibo, junto con las Condiciones Generales, Particulares y sus Anexos, constituyen el Contrato entre “**LA EMPRESA**” y el “**Contratante**”.

Cláusula 1

OBJETO DEL CONTRATO

Mediante el presente Contrato “**LA EMPRESA**” se compromete a realizar la gestión para la contratación de la Prestación de Servicios de Salud a favor de las personas denominadas “**Usuarios**”, para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, lesiones y afecciones amparadas en el presente Contrato, e igualmente se obliga a pagar directamente a los profesionales e instituciones adscritos a la Red de Proveedores de Servicios de Salud de “**LA EMPRESA**”, los gastos ocasionados por la utilización de los Servicios de Salud por parte de cualesquiera de los Usuarios, todo ello dentro de los términos y condiciones estipuladas en este Contrato.

Cláusula 2

DEFINICIONES

A los efectos del presente Contrato, los términos que se señalan seguidamente tienen el significado que se expresa:

2.1 LA EMPRESA

Planisalud Medicina Prepagada, C.A., persona jurídica que en virtud del presente Contrato se obliga a amparar los Servicios de Salud contratados a favor de los Usuarios afiliados al Contrato.

2.2 CONTRATANTE

Persona natural o jurídica que celebra y suscribe el presente Contrato en nombre y por cuenta propia, y en nombre, representación y beneficio de los Usuarios relacionados en el Cuadro-Recibo, y por tanto, es responsable de las obligaciones contractuales que le son propias como tal, salvo aquellas que por su propia naturaleza sólo pueden ser cumplidas por el Usuario.

2.3 USUARIO TITULAR

Persona que representa al grupo de Usuarios Afiliados al presente Contrato, tiene derecho a recibir el pago contra reembolso de los gastos cubiertos a que diera lugar, en virtud de lo establecido en este Contrato de Prestación de Servicios de Salud, y ejerce los derechos de los Usuarios ante “**LA EMPRESA**”. El Titular y el Contratante pueden ser la misma persona.

2.4 USUARIO

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Es la persona natural que ha sido aceptada por “LA EMPRESA” para utilizar los Servicios de Salud contratados, siempre que cumpla con los requisitos pactados para el efecto en el Contrato y que aparece indicada en el Cuadro-Recibo. A los efectos de este Contrato, este término incluye al Usuario Titular y al Dependiente.

2.5 DEPENDIENTE

Persona que depende económicamente del Usuario Titular.

2.6 BENEFICIARIO

Persona que, en caso de fallecimiento del Usuario Titular, tiene el derecho de recibir el pago contra reembolso de los gastos incurridos por la prestación de Servicios de Salud al Usuario que la requirió, siempre que la misma se haya realizado fuera de la Red de Proveedores. Cuando el Usuario Titular no haya designado expresamente Beneficiario, en la Solicitud de Afiliación o mediante comunicación escrita dirigida a “LA EMPRESA” después de emitido el presente Contrato, el reembolso que pudiera corresponder se hará a sus causahabientes.

2.7 EDAD

Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación del contrato.

2.8 CUADRO-RECIBO

Documento donde se indican los datos particulares del Contrato, como son: Número de Contrato, nombre del Contratante, Usuario Titular, Usuario y Beneficiario en caso de fallecimiento del Usuario Titular, identificación completa de “LA EMPRESA”, de su representante y domicilio; dirección del Contratante, dirección de cobro, nombre del intermediario del Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud, Monto Contratado, monto de la Cuota, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de “LA EMPRESA” y del Contratante.

El Cuadro-Recibo, será entregado al Contratante conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del Contrato. Esta obligación no procederá en los casos en que los referidos documentos hayan sido previamente entregados.

2.9 SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Es un cuestionario que proporciona “LA EMPRESA”, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Contratante, Usuarios (Titular y dependientes) y Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el Contrato y demás datos que pueden influir en la estimación del o los riesgos, las cuales deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Contratante o el Usuario Titular, si éste no es el Contratante, constituyendo dicha declaración consignada en el mismo bajo su firma la base legal para la emisión del Contrato.

2.10 SERVICIO INTEGRAL DE SALUD

Son los que presta “LA EMPRESA” a los Usuarios mediante la contratación de los Servicios de Salud a favor de los Usuarios, previamente a la prestación de los mismos, y se obliga a pagar, por cuenta Usuario Titular, los gastos ocasionados por la utilización de los Servicios de Salud por parte de cualesquiera de los Usuarios.

2.11 MONTO CONTRATADO

Es la cantidad máxima anual que está obligada a pagar “LA EMPRESA” en caso de reclamación, la cual se indica como “Límite Máximo de Responsabilidad de “LA EMPRESA” en el Cuadro-Recibo.

2.12 FECHA DE AFILIACIÓN

Día, mes y año a partir del cual una persona es incluida como Usuario (a) en el presente Contrato, previa solicitud escrita a “LA EMPRESA” y aceptación de ésta mediante la emisión de un Cuadro-Recibo.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2.13 AÑO-CONTRATO

Es el período del Contrato, contado a partir de la fecha de comienzo hasta la próxima que constituye el siguiente aniversario.

2.14 FECHA DE EXPEDICIÓN

Día, mes y año en que se emite el Cuadro-Recibo.

2.15 FECHA DE SUSCRIPCIÓN

Día, mes y año en que se inició por primera vez el Contrato.

2.16 REEMBOLSO

Pago por parte de “LA EMPRESA” al Usuario Titular, o al Usuario o al Beneficiario de los gastos médicos razonables y acostumbrados efectivamente incurridos, durante la vigencia del Contrato, facturados y debidamente pagados directamente por el Usuario Titular, el Usuario o Beneficiario, cuya suma a pagar es por los gastos médicos cubiertos, según el Contrato, y que no exceda del Monto contratado e indicado como “Límite Máximo de Responsabilidad de “LA EMPRESA” en el Cuadro-Recibo.

2.17 CUOTA

Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Contratante a “LA EMPRESA”, en función del Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud contratado, cuyo valor se determinará sobre la base de la tarifa vigente de “LA EMPRESA” para cada uno de los Usuarios, según la edad y el sexo, para el momento de la solicitud de afiliación al Contrato, renovación, rehabilitación del Contrato, según sea el caso.

Las Cuotas pagadas en exceso o sobre Usuarios que por limitaciones del Contrato no tienen derecho a la prestación de los Servicios de Salud, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de “LA EMPRESA”, sino única y exclusivamente al reintegro, sin intereses, de dichas Cuotas.

2.18 RECLAMACIÓN

Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación, por parte de “LA EMPRESA”, de pagar los gastos cubiertos por la prestación de los Servicios de Salud, bien sea través de Red de Proveedores o no.

2.19 DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro Recibo que deberá asumir el Usuario Titular y en consecuencia no será pagada por LA EMPRESA en caso de ocurrencia de una reclamación cubierta por el contrato. El deducible de cada Usuario será aplicado por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

2.20 CONDICIONES PARTICULARES

Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a la Prestación de los Servicios de Salud.

2.21 DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO

Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Afiliación al Contrato, el Cuadro-Recibo, y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

Cláusula 3

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

“LA EMPRESA” no estará obligada al pago de los gastos cubiertos incurridos que pudiera corresponder por la prestación de los Servicios de Salud, según los términos y condiciones de este Contrato, en los siguientes casos:

3.1 Si la prestación del Servicio de Salud se inicia antes de la vigencia del Contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de “LA EMPRESA”.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.2 Si el pago de la Cuota se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de la prestación del Servicio de Salud, “LA EMPRESA” no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe dentro del plazo establecido en la Cláusula 7. “PLAZO DE GRACIA” de estas Condiciones Generales.

3.3 Si el Usuario Titular, el Usuario, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos causó o provocó intencionalmente o fue cómplice del evento que originó la prestación de cualquiera de los Servicios de Salud previstos en este Contrato.

3.4 Si el Contratante y/o el Usuario Titular hizo declaraciones falsas u omitió información en la Solicitud de Afiliación, que sean de tal naturaleza que de haber conocido “LA EMPRESA” el verdadero estado de salud del o los Usuarios no habría realizado el Contrato o no lo(los) habría aceptado en las mismas condiciones.

3.5 Si no se presentase todos los recaudos exigidos para la tramitación del reclamo en el tiempo establecido en el numeral 10.2 de la Cláusula 10 “PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD” de las Condiciones Particulares de este Contrato.

3.6 Si el Usuario Titular, el Usuario, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo, se empleasen medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar la reclamación o para derivar beneficios.

3.7 Si se omitiese información sobre la prestación del Servicio de Salud, que de haberla conocido “LA EMPRESA” no hubiese pagado el monto total o parcial de los gastos ocasionados por la hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico originado por una enfermedad contraída o accidente sufrido por el Usuario.

3.8 Si el evento que origina la Prestación de los Servicios de Salud ha sido ocasionado por culpa grave del Usuario Titular, del Usuario o del Beneficiario. No obstante, “LA EMPRESA” estará obligada al pago contra reembolso de los gastos cubiertos incurridos si el evento ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con “LA EMPRESA” en lo que respecta al presente Contrato.

3.9 Si el Usuario Titular, el Usuario o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del reclamo, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a “LA EMPRESA”.

3.10 Si el Contratante y/o el Usuario Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 9. “Declaraciones en la Solicitud de Afiliación”, de estas Condiciones Generales.

3.11 Si el Contratante, Usuario o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 13. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

3.12 Si se obstaculiza el ejercicio de los derechos de “LA EMPRESA” estipulados en este Contrato.

3.13 Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares y Anexos del presente Contrato.

Cláusula 4**VIGENCIA DEL CONTRATO**

“LA EMPRESA” asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del Contrato de Prestación de Servicios de Salud, lo cual se producirá una vez que el Contratante notifique su consentimiento a la proposición formulada por “LA EMPRESA” o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de afiliación efectuada por el Contratante, según corresponda.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En todo caso, la vigencia del Contrato será anual y se hará constar en el Cuadro-Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

Cláusula 5

PAGO DE LA CUOTA

El Contratante debe pagar la primera Cuota Anual en el plazo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del Contrato.

No obstante, si a solicitud escrita del Contratante y aceptación de “LA EMPRESA”, se acordó fraccionar el pago de la Cuota Anual, lo cual se hará constar en el Cuadro-Recibo, el Contratante debe pagar la primera Cuota fraccionada en el plazo de cinco (5) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del Contrato y las Cuotas fraccionadas sucesivas, hasta completar la vigencia anual del Contrato, dentro del lapso establecido en la Cláusula 7. “PLAZO DE GRACIA” de estas Condiciones Generales, contados a partir de la fecha de vencimiento del período fraccionado anterior.

Las Cuotas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de “LA EMPRESA” por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por “LA EMPRESA”.

Todas las Cuotas correspondientes a este Contrato serán pagadas directamente en las Oficinas de “LA EMPRESA”. No obstante, ésta podrá cobrar las Cuotas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación.

Cláusula 6

RENOVACIÓN

El Contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anual anterior y por un plazo igual, siempre que el Contratante pague la Cuota correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7. “PLAZO DE GRACIA”, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Contrato, sino la prórroga del anterior. El Contratante puede negarse a la prórroga del presente Contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, sujeto a lo establecido en la Cláusula 8. “TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO” de estas Condiciones Generales.

Transcurrido tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del Contrato, “LA EMPRESA” no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el Contratante pague la Cuota correspondiente.

Cláusula 7

PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por este Contrato y de evitar plazos de espera en ocasión de las renovaciones, el Contratante debe efectuar el pago de las Cuotas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. No obstante esto, “LA EMPRESA” otorga al Contratante el siguiente período de gracia, de acuerdo a la frecuencia de pago acordada entre las partes:

- 1) Treinta (30) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado si la forma de pago es anual,
- 2) Quince (15) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado en los casos de pago semestral,
- 3) Cinco (5) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado si la frecuencia de pago es trimestral o mensual.

Durante dicho plazo, según sea la frecuencia de pago, el Contratante puede efectuar el pago de la Cuota correspondiente al período siguiente, sin que operen plazos de espera, con la particularidad, además, de que durante el mencionado período

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

de gracia continúa el Contrato en todo su vigor, y que éste cesa solamente al término del período de gracia señalado en cada caso.

Si durante el período de gracia señalado para cada frecuencia de pago de las Cuotas, ocurriera algún reclamo por Prestación de Servicios de Salud amparado bajo las condiciones de este Contrato y no se encontrase pagada la Cuota correspondiente a la vigencia anual del Contrato, se procederá de acuerdo a lo siguiente:

a) Sí el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es igual o superior al monto de la Cuota correspondiente a la vigencia anual del Contrato, se descontará del monto a pagar del reclamo dicha Cuota anual adeudada, quedando entendido que si la frecuencia de pago es semestral, trimestral o mensual, se descontará el total de las Cuotas fraccionadas que falten por pagar hasta completar la Cuota correspondiente a la vigencia anual del Contrato.

b) Sí el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es menor a la Cuota a cobrar, el Contratante deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia establecido la diferencia existente entre la Cuota y dicho monto. No obstante, si el Contratante se negase o no pudiese pagar la diferencia antes de finalizar el plazo de gracia, el Contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del reclamo que correspondería contra reembolsar entre la Cuota exigible multiplicado por el número de días que corresponda a esta Cuota.

La falta de pago de la Cuota correspondiente, según la frecuencia de pago establecida en el Cuadro-Recibo, en el tiempo establecido en esta Cláusula, se entenderá como la voluntad del Contratante de anular el Contrato, quedando éste sin validez ni efecto alguno a partir de la fecha de inicio de renovación del Contrato o de la fecha de vencimiento de la última fracción de Cuota pagada, según sea el caso.

Cláusula 8**TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO**

El Contratante podrá dar por terminado el Contrato, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de “LA EMPRESA” o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso dentro de los quince (15) días continuos siguientes, “LA EMPRESA” debe poner a disposición del Contratante la parte de la Cuota no causada, deducida los montos pagados por la venta del Contrato, correspondiente al tiempo que falte por transcurrir.

La terminación anticipada del Contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del Usuario al reembolso de Gastos Médicos cubiertos incurridos por los Servicios de Salud recibidos en el período de vigencia anual inmediatamente anterior a la fecha de terminación anticipada del presente Contrato, siempre que el Monto contratado como “Límite Máximo de Responsabilidad de “LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo para dicha vigencia anual no se haya agotado.

No procede la devolución de Cuota, según esta Cláusula, si dentro de la vigencia anual del Contrato en que el Contratante solicitó la terminación anticipada del Contrato, “LA EMPRESA” ha pagado una o varias reclamaciones por la Prestación de Servicios de Salud.

Cláusula 9**DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

“LA EMPRESA” deberá participar al Contratante, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Afiliación, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el Contrato mediante comunicación dirigida al Contratante, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Contratante o el Usuario Titular. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la Cuota, deducida la comisión pagada al intermediario del Plan Integral de Servicios de Salud, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del Contratante en la caja de “LA EMPRESA”. Corresponderán a “LA

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

EMPRESA” las Cuotas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. “LA EMPRESA” no podrá resolver el Contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud haya desaparecido antes de la fecha de ocurrencia de la prestación del Servicio de Salud.

Si el reclamo sobreviene antes de que “LA EMPRESA” haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, el pago de los gastos originados por la prestación de los Servicios de Salud se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Cuota convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un reclamo antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de los gastos originados por la prestación de los Servicios de Salud también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Contratante o el Usuario Titular actúan con dolo o culpa grave, “LA EMPRESA” quedará liberada del pago de los gastos por la prestación de los Servicios de Salud y de la devolución de la Cuota.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las personas afiliadas al presente Contrato, éste subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

Cláusula 10

FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Contratante, del Usuario o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del Contrato, si son de tal naturaleza que “LA EMPRESA” de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Cláusula 11

PAGO DE RECLAMACIONES

“LA EMPRESA” deberá pagar los gastos cubiertos que correspondan por los Servicios de Salud prestados al Usuario en un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable a “LA EMPRESA”.

Sujeto a los términos y condiciones del presente Contrato, el pago de los gastos médicos-asistenciales incurridos por la prestación de los Servicios de Salud amparados en el Contrato se efectuará, según el caso:

11.1 Directamente a los prestadores de Servicios de Salud adscritos a la Red de Proveedores de “LA EMPRESA”, de acuerdo a los contratos celebrados con éstos.

11.2 Excepcionalmente, cuando la Prestación de los Servicios de Salud no pueda ser cumplida a través de la Red de Proveedores de “LA EMPRESA” o si, por causas justificadas, el Usuario objeto del reclamo no hizo uso de los Servicios de Salud a través de la Red de Proveedores de “LA EMPRESA”, el pago se hará contra reembolso al Usuario Titular o, si éste hubiese fallecido antes del pago, a los Beneficiarios nombrados en el Cuadro-Recibo, o en su defecto, a sus causahabientes.

“LA EMPRESA” efectuará el pago de los “Gastos Cubiertos” según el presente Contrato en Venezuela y en moneda nacional a la tasa de cambio oficial establecida por el Banco Central de Venezuela. En los casos en que el gasto médico-asistencial sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar debe estar legalmente traducida al idioma Castellano y las facturas debidamente canceladas. El pago de los “Gastos Cubiertos” se efectuará en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días continuos al recibo en la Oficina de “LA EMPRESA” de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial de compra vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de ocurrencia del Servicio de Salud prestado al Usuario objeto del reclamo, y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este Contrato, realizando el reembolso de los gastos cubiertos incurridos como si dicha intervención quirúrgica, hospitalización o tratamiento médico se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela en la fecha en que ocurrió el evento. Si después de haberse hecho efectivo el pago contra reembolso, resultare que los gastos

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

incurridos por el Usuario fueron originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este Contrato, “LA EMPRESA” procederá a recuperar del Usuario Titular o de la persona que haya recibido el pago, el monto que haya sido pagado indebidamente.

Cláusula 12**RECHAZO DEL RECLAMO**

“LA EMPRESA” deberá notificar por escrito al Contratante, al Usuario o al Beneficiario, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del pago contra reembolso exigido.

Cláusula 13**SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

“LA EMPRESA” queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de los gastos médico-asistenciales pagado, en los derechos y acciones del Contratante, del Usuario o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el reclamo hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Usuario o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por la que debe responder civilmente.

El Usuario Titular o Usuario o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de reclamación, el Usuario Titular o el Usuario o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de “LA EMPRESA” cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Cláusula 14**OTROS AMPAROS**

Al momento de notificar la ocurrencia de una prestación de Servicios de Salud, el Contratante o el Usuario Titular o el Usuario que activó la cobertura de este Contrato estará obligado, salvo pacto en contrario, a poner en conocimiento a “LA EMPRESA”, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, luego de ocurrido la prestación de Servicios de Salud, la tenencia o contratación de cualquier otro Contrato, bien sea de la misma naturaleza que la del presente Contrato o con una Empresa de Seguros, que esté a nombre del Usuario que activó la cobertura de este Contrato, indicando nombre de cada una de las empresas, el número de contrato y/o póliza y el período de vigencia de cada uno de ellos.

Cuando el Usuario se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar los gastos por prestación de Servicios de Salud sobre un mismo reclamo, Contratante o el Usuario Titular escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas deberán pagar, según los límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos.

Queda expresamente entendido que “LA EMPRESA” sólo responderá hasta la cantidad establecida como “Límite Máximo de Responsabilidad de “LA EMPRESA”, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, pagando en función del Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud contratado, previa deducción de lo pagado por las otros contratos, sin exceder en ningún caso el ciento por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por este Contrato, sujeto al Costo Razonable, tal como se define en el numeral 1.14 de la Cláusula 1. “DEFINICIONES PARTICULARES” de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

En este caso se deberá presentar el finiquito y las facturas originales pagadas por las otras empresas, bien sean Prestadoras de Servicios de Salud o Aseguradoras, conviniendo además que no se cubrirá el incumplimiento de cualquier otro Asegurador o Prestador de Servicios de Salud, SALVO en el caso de que una de las empresas, bien sea Prestadora de

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Servicios de Salud o Aseguradora resultare insolvente, en cuyo caso las demás empresas de Prestadoras de Servicios de Salud y/o Aseguradoras asumen la parte correspondiente a la insolvente, como si no hubiese contrato por esa parte, proporcionalmente a las sumas contratadas y hasta la concurrencia de la suma contratada por cada una de ellas. Las empresas que indemnicen quedan subrogadas contra la insolvente.

Cláusula 15

CONCILIACIÓN O ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de conciliación o arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de este Contrato. La tramitación de la conciliación y del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la Actividad Aseguradora y en la Ley que regule la materia de arbitraje.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá actuar como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

Cláusula 16

CADUCIDAD

El Usuario Titular, el Usuario o el Beneficiario, perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra “LA EMPRESA” o convenir con ésta el Arbitraje en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

16.1 En caso de rechazo del reclamo del pago contra reembolso de los gastos originados por la prestación de Servicios de Salud, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.

16.2 En caso de inconformidad con el pago de los gastos originados por la prestación de Servicios de Salud, un (1) año contado a partir de la fecha en que “LA EMPRESA” hubiere efectuado el pago.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de “LA EMPRESA”.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

Cláusula 17

PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este Contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del reclamo que dio nacimiento a la obligación.

Cláusula 18

MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de este Contrato entrará en vigor una vez que el Contratante notifique su consentimiento a la proposición formulada por “LA EMPRESA” o cuando ésta participe su aceptación a la Solicitud de modificación propuesta por el Contratante.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de “LA EMPRESA” y el Contratante, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales del Contrato.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Si la modificación requiere pago de Cuota adicional se aplicará lo dispuesto en este Contrato para efectos del pago de las Cuotas.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar el Contrato o de rehabilitar el Contrato, en caso de éste esté suspendido, si “LA EMPRESA” no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio de “LA EMPRESA” la modificación o rehabilitación de este Contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de “LA EMPRESA” de que se realice el examen médico, no implica aceptación.

La modificación referida a aumento del Monto límite de responsabilidad contratado requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por “LA EMPRESA” con la emisión del Cuadro-Recibo del Contrato, en el que se establecerá el nuevo Límite de Responsabilidad contratado y la Cuota a pagar correspondiente, y por parte del Contratante mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de Cuota correspondiente, si la hubiere.

Cláusula 19**REHABILITACIÓN**

Si el Contrato quedara resuelto por falta de pago de la Cuota Anual o de alguna Cuota fraccionada, si fuese el caso, el mismo podrá ser rehabilitado siempre que el Contratante lo solicitare, mediante una Solicitud de Afiliación debidamente cumplimentada, dentro del plazo de sesenta (60) días continuos contado desde la fecha en que quedó resuelto y demostrare, a satisfacción de “LA EMPRESA”, que está en condiciones aptas para mantener la cobertura, con reconocimiento de la antigüedad de los usuarios para efectos de la aplicación de plazos de espera y exclusiones temporales, siempre que el Contratante pague la Cuota Anual o las Cuotas fraccionadas pendientes. En caso de prestaciones de Servicios de Salud ocurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta los tres (3) meses siguientes a la fecha del inicio de la rehabilitación, no habrá derecho al pago contra reembolso de los gastos médico-asistenciales incurridos, salvo por los casos de accidentes y enfermedades infecciosas agudas, mencionados en la Cláusula 3. Cobertura Inmediata de las condiciones Particulares de este contrato.

No se convendrá rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Cláusula 20**ANEXOS**

Solamente los funcionarios autorizados de “LA EMPRESA” tendrán facultad para extender Anexos al presente Contrato. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, los Anexos a que se hace referencia en la misma, deben ser emitidos por la oficina de “LA EMPRESA”, en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y, si fuera el caso, el Contratante deberá pagar la Cuota correspondiente contra la entrega del Cuadro-Recibo.

Los Anexos del Contrato que modifiquen sus condiciones, para su validez deberán estar firmados por de “LA EMPRESA” y el Contratante. En caso de discrepancia entre lo indicado en los Anexos y en el Contrato, prevalecerá lo señalado en el Anexo debidamente firmado.

Cláusula 21**AVISOS**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al Contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de “LA EMPRESA” o a la dirección del Contratante que conste en el Contrato, según sea el caso.

Cláusula 22

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**DOMICILIO ESPECIAL**

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse del presente Contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar indicado como tal en el Cuadro-Recibo, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES***Cláusula 1*****DEFINICIONES PARTICULARES**

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

A los efectos del presente Contrato, los términos que se señalan seguidamente tienen el significado que se expresa:

1.1 ACCIDENTE:

Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Usuario Titular o del Usuario, que le cause a este último lesiones corporales.

1.2 ATENCIÓN AMBULATORIA:

Atención médica suministrada a un Usuario cuando su permanencia en la institución hospitalaria sea menor de 24 horas.

1.3 ATENCIÓN MÉDICA PROGRAMABLE:

Cualquier tratamiento acogido, según los términos de este Contrato, que requiera el Usuario a causa de un accidente y/o enfermedad, el cual es realizado en la fecha acordada entre el médico tratante y el Usuario.

1.4 COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD:

Alteraciones de la salud distintas de las habituales de la enfermedad tratada, que agraven el estado del paciente y que dependan de dicha enfermedad o de su tratamiento.

1.5 EMERGENCIA MÉDICA:

La aparición inesperada y repentina de una condición médica acompañada de síntomas serios que pongan en peligro la vida del Usuario, en la que se requiera la atención médica inmediata, pero en ningún caso después de setenta y dos (72) horas de ocurrida la condición médica, siempre que esté amparada en el presente Contrato.

1.6 ENFERMEDAD:

Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

1.7 ENFERMEDAD CRÓNICA:

Patología habitual, permanente o recurrente, o aquella que permanezca por más de seis (6) meses consecutivos.

1.8 ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Enfermedad o malformación que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de la vigencia del presente Contrato o de la inclusión del Usuario en el Contrato, y sea conocida por el Contratante o el Usuario, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución de este Contrato sobre bases científicas comprobadas.

1.9 ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:

Toda aquella alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que tiene origen durante el período de gestación, evidente al momento del nacimiento o posteriormente. Se considera enfermedad preexistente si es conocida por el Contratante o Usuario a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Usuario al contrato.

1.10 GASTO MÉDICO CUBIERTO:

Son los gastos generados por concepto de tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o accidentes amparados por este Contrato, e incluye los gastos por concepto de servicios hospitalarios, honorarios profesionales, exámenes paraclínicos, medicinas y suministros.

1.11 GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS:

Son todos aquellos gastos no amparados bajo la cobertura del presente Contrato.

1.12 GASTO MÉDICO RAZONABLE, USUAL Y ACOSTUMBRADO:

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Es el costo promedio calculado por “LA EMPRESA”, de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas y hospitalarios de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Usuario, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y de acuerdo con las condiciones de este Contrato. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga “LA EMPRESA” de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Usuario incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o los baremos previamente convenidos con las Instituciones Hospitalarias. De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de la salud.

Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el Gasto Razonable será el monto facturado.

Este concepto es aplicable también a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipos médicos.

1.13 INFORME MÉDICO:

Es un documento, emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y precisa la etiología, evolución de la afección o enfermedad, fecha de aparición de los primeros síntomas, exámenes practicados, diagnóstico, antecedentes médicos y/o quirúrgicos, el tratamiento recibido u ordenado y cualquier otra información importante, además de contener impresos el nombre del médico, su especialidad, la Matrícula del Ministerio del Poder Popular para la Salud y el número del Colegio Médico a que pertenezca, así como en manuscrito la firma y cédula de identidad del médico tratante.

1.14 INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:

Establecimiento Público o Privado con permiso sanitario vigente y legalmente autorizada para mantener instalaciones permanentes que brinden asistencia médica a pacientes internos o ambulatorios, que dispone de personal médico regular y permanente, quienes primordialmente se dedican a efectuar diagnósticos y a proporcionar servicios terapéuticos y atención médico-quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No son considerados Hospitales o Clínicas las instituciones que son usadas exclusivamente como centro para:

- Descanso
- Cuidados de custodia
- Tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura
- Spa
- Hidroclínicas
- Cuidados de enfermería
- Cuidado de ancianos (Geriatricos)
- Cuidados de convalecencia
- Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales o desordenes de conducta.

1.15 MEDICAMENTO NECESARIO:

Conjunto de medidas o procedimientos suministrados por un médico o institución hospitalaria que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad, que implique una mejora funcional en la salud física del Usuario, bajo las siguientes características:

- 1.15.1 Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión del Usuario.
- 1.15.2 Que sean congruentes con las normas, prácticas médicas o profesionales aceptadas en la República Bolivariana de Venezuela o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- 1.15.3 Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y que pueda ser proporcionado sin peligro para el Usuario.
- 1.15.4 Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Usuario, de su familia o de su Médico.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1.16 MEDICAMENTOS:

Sustancias ordenadas por el médico tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, para curar o aliviar la enfermedad o lesión y corregir o reparar las secuelas de la enfermedad o lesión. Dichos medicamentos deben cumplir con las siguientes especificaciones:

1.16.1 Que estén producidos bajo normas médicas y farmacológicas aceptadas.

1.16.2 Ser comercializadas en establecimientos debidamente autorizados para el expendio de productos farmacéuticos.

1.16.3 Que sean los apropiados y necesarios según el estado de salud del Usuario.

1.17 MÉDICO:

Persona natural acreditada conforme a las Leyes Venezolanas para ejercer las profesiones relacionadas con la salud y la medicina, en todas sus especialidades reconocidas por la Federación Médica Venezolana.

El término médico no incluye a: Dentista (odontólogo, ortodoncista, periodoncista, endodoncista, prostodoncista), Quiropráctico, Optómetra, Podiatra o cualquier otro profesional cuya actividad no sea reconocida por la Federación Médica Venezolana.

1.18 MEDIOS DE APOYO Y COMPLEMENTO DIAGNÓSTICO:

Unidades legalmente autorizadas para realizar exámenes de laboratorio, radiografías y procedimientos médicos necesarios que son utilizados para diagnosticar y tratar, circunstancialmente, enfermedades, siempre que sean ordenados por un médico.

1.19 PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:

Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

- No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
- Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
- No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
- Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

1.20 TRATAMIENTO MÉDICO:

Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico, que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicinas prescritas o insumos.

1.21 PLAN INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD:

Es el conjunto de beneficios a los cuales tendrán derecho los Usuarios durante la vigencia del Contrato, en virtud de la Prestación de los Servicios de Salud que garantiza “LA EMPRESA” a los Usuarios a través de su Red de Proveedores, hasta el Monto Contratado y establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de La Empresa” y al que se obliga “LA EMPRESA” a pagar por los gastos médicos razonables, usuales y acostumbrados en que se incurra por la utilización de los Servicios de Salud debido a una enfermedad contraída o accidente sufrido por el Usuario, todo de conformidad con los términos y condiciones establecidas en el presente Contrato y sus Anexos, si los hubiere.

1.22 PRÓTESIS:

Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

1.23 URGENCIA MÉDICA:

Condición que a juicio del médico calificado de la institución hospitalaria, no compromete la vida del paciente o su integridad física, pero que requiere atención médica oportuna.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

1.24 RÉCIPE:

Documento donde se especifican los medicamentos y su utilización, que se requiere para el tratamiento de la enfermedad contraída o lesión sufrida por el Usuario, el cual debe ser firmado por el médico tratante, además de contener impresos el nombre del médico, RIF, su especialidad, la Matrícula del Ministerio del Poder Popular para la Salud, el número del Colegio Médico a que pertenezca.

1.24 RED DE PROVEEDORES:

Grupo de Clínicas, médicos u otros proveedores de servicios y suministros médico-hospitalarios y/o quirúrgicos, con los cuales “LA EMPRESA” ha celebrado la contratación de la prestación de Servicios de Salud a favor de los Usuarios.

1.25 REEMBOLSO:

Pago por parte de “LA EMPRESA” al Usuario Titular o al Beneficiario de los gastos médicos razonables, usuales y acostumbrados, una vez que se compruebe que las facturas por los gastos médicos incurridos y cubiertos han sido pagadas por el Usuario Titular, debido a no haber utilizado el Usuario que activó la Cobertura los Servicios de Salud a través de la Red de Proveedores.

1.26 REHABILITACIÓN MÉDICA:

Tratamiento destinado a restituir total o parcialmente la actividad o función pérdida de uno o varios órganos del usuario debido a un traumatismo o enfermedad.

1.27 TRATAMIENTOS MÉDICOS AMBULATORIOS:

Son aquellos procedimientos médicos, con o sin intervención quirúrgica, que representen un menor riesgo para el paciente, cuyas características no ameriten una hospitalización. Cuando el tratamiento médico y/o quirúrgico sea suministrado bajo la modalidad ambulatoria, la permanencia del Usuario en la institución hospitalaria debe ser inferior a 24 horas.

Cláusula 2

SERVICIOS DE SALUD

Los Servicios de Salud que amparan el presente Contrato de “Prestación de Servicios de Salud” son válidos únicamente para las personas afiliadas, para las cuales se haya indicado en las correspondientes casillas del “Cuadro-Recibo, el Monto Contratado y las Cuotas a pagar.

Los beneficios bajo este Contrato serán pagados al recibirse prueba satisfactoria de la prestación de un Servicio de Salud requerida por el Usuario, médicamente necesaria, en relación con, o como resultado de un accidente ocurrido durante la vigencia del Contrato o de una de las enfermedades cubiertas, tal como se definen estos términos en el presente Contrato y estando sujetos a todas las demás condiciones, exclusiones, y limitaciones establecidas en el mismo.

“LA EMPRESA” pagará el ciento por ciento (100%) de los “Gastos Cubiertos” médicamente necesarios, de la siguiente manera:

2.1 CUANDO EL USUARIO ACUDA A LA RED DE PROVEEDORES:

Directamente a los prestadores de salud pertenecientes a la Red de Proveedores de Servicios de Salud de “LA EMPRESA”, sujeto a los contratos celebrados por “LA EMPRESA” con los mismos, hasta por el Monto Contratado, establecido como

“Límite Máximo de Responsabilidad de “LA EMPRESA” indicada en el “Cuadro-Recibo, por los Servicios de Salud prestados al Usuario durante la vigencia del Contrato, por cada enfermedad o consecuencias a la salud por causa de accidente, sujeto a los términos y condiciones establecidos en el presente Contrato.

2.2 CUANDO EL USUARIO NO ACUDA A LA RED DE PROVEEDORES:

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

La cantidad total a reembolsar al que tenga derecho el Usuario Titular o el Beneficiario, según corresponda, está sujeta al Monto Contratado establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo del Contrato, así como al Gasto Razonable, Usual y Acostumbrado, tal como se define en el numeral 1.12 de la Cláusula 1. “DEFINICIONES PARTICULARES” de estas Condiciones.

Cláusula 3

GASTOS CUBIERTOS

Los “Gastos Cubiertos” según el presente Contrato son aquellos que se reconocen por la prestación de los Servicios de Salud, por parte de profesionales adscritos y entidades adscritas a la Red de Proveedores, que se encuentran especificados en esta Cláusula, cuyos costos de prestación de los servicios fueron previamente convenidos por “LA EMPRESA”. Cuando los Servicios de Salud no sean prestados por los profesionales adscritos y/o entidades adscritas a la Red de Proveedores de “LA EMPRESA”, se considerarán como “gastos cubiertos” aquellos que sean razonables, usuales y acostumbrado para el tipo de prestación de servicios médicos y/o quirúrgicos, con o sin hospitalización, siempre que tales servicios se correspondan con los Servicios de Salud garantizados en este Contrato, entendiéndose como gastos razonables, usuales y acostumbrados los definidos en el numeral 1.12 de la Cláusula 1. “DEFINICIONES PARTICULARES”.

Los “Gastos Cubiertos” generados por el tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales, médicamente necesarios y requeridos para el tratamiento de enfermedades o lesiones primarias que origina la hospitalización o el tratamiento y sus complicaciones en el curso de la misma, han de ser comprobados mediante recibos y facturas originales emitidas por los profesionales e instituciones hospitalarias adscritos o no a la Red de Proveedores y no deben tener su origen en las exclusiones establecidas en este Contrato. Queda además entendido que los gastos por la prestación de los Servicios de Salud que se garantizan mediante este Contrato son:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por este contrato, están sujetos al límite del monto contratado establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo del Contrato.
2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Usuario y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Usuario.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Usuario hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el Usuario paciente. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el LA EMPRESA. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

6. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Usuario, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente.

Con respecto a las prótesis auditivas, está cubierta una (1) cada tres (3) años, salvo en aquellos casos en que la pérdida auditiva progrese y requiera, antes de ese lapso, de una prótesis de mayor ganancia o potencia en decibeles.

LA EMPRESA podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Usuario podrá adquirirla, previo acuerdo con LA EMPRESA.

7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Usuario amparado por el contrato.

8. Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Usuario ocurridas con anterioridad a vigencia del Contrato. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Usuario podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Usuario o su utilización, éste deberá, a solicitud de LA EMPRESA, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.

9. Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Usuario amparado por el contrato.

10. El monto contratado se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

11. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.

12. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anestesiólogo. LA EMPRESA reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.

Si en el curso de una misma hospitalización o acto quirúrgico, el Usuario es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más intervenciones quirúrgicas por la misma enfermedad o accidente, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización y si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

indemnización en ningún caso excederá el límite del monto contratado establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo del Contrato.

En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, con igual campo quirúrgico, LA EMPRESA pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes, sin exceder en ningún caso el límite del monto contratado establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo del Contrato.

13. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por este contrato.

14. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por el presente contrato.

15. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un evento cubierto por este contrato. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del evento. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción deba efectuarse en una fecha posterior, siempre que el contrato se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.

16. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.

17. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por el contrato, y el médico tratante lo considere médicamente necesario como consecuencia de cualesquiera de las siguientes cirugías:

• **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y TORÁXICA:**

Aneurisma de aorta; toracotomía.

• **CIRUGÍA ABDOMINAL RADICAL:**

Esófago gastrectomía; gastrectomía total; hepatectomía; pancreatectomía; resección abdominoperineal de recto; lumbotomía, con o sin nefrectomía parcial o total.

• **CIRUGÍA ONCOLÓGICA:**

Mastectomía radical oncológica, con o sin reconstrucción; protocolo para cáncer de ovario; vulvectomía parcial o radical.

• **CIRUGÍA PELVIANA:**

Histerectomía abdominal total; prostatectomía abierta y radical.

• **TRAUMATOLOGÍA:**

Fractura de pelvis; cirugía de columna vertebral instrumentada; prótesis de rodilla, cadera y hombro; politraumatizados.

• **QUEMADURAS:**

Moderadas, cuando la extensión de la quemadura es de más del 10% de superficie corporal (5-10% en niños por debajo de 10 años y adultos por encima de 40 años) independientemente de la profundidad de la quemadura es de segundo o tercer grado y 2-5% de una quemadura de tercer grado excepto que estén involucrados los ojos, orejas, cara o perineo; Graves, cuando la extensión de la quemadura es de más del 20% de la superficie corporal total por una quemadura de segundo

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

grado superficial o profunda (10% para niños y adultos por encima de 40 años); más del 5% de la superficie corporal total por una quemadura de tercer grado; todas las quemaduras que involucren cara, ojos, orejas, pies y perineo.

18. Los hijos del Usuario Titular, nacidos durante la vigencia del contrato, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo el límite del monto contratado establecido como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” indicado en el Cuadro-Recibo del Contrato de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con el contrato, el Usuario contratante deberá solicitar su inclusión en el contrato en el referido lapso y pagar la parte proporcional del monto correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales del Contrato; caso en el cual, LA EMPRESA no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en este contrato.

19. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg./m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.

Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica. Asimismo, corresponde al Usuario cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por este contrato, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.

20. Están cubiertos los gastos para tratamientos de las enfermedades originadas como consecuencia directa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Cláusula 4

COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata:

4.1 Las lesiones causadas por accidentes amparados por este contrato.

4.2 Las siguientes enfermedades infecciosas agudas: enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intra-abdominales, intra-torácicos e intra-craneales), adenoiditis, vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe, infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las siguientes enfermedades virales: parotiditis, rubéola, sarampión y varicela. Si la hospitalización o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad existente en el momento de ocurrir un accidente, y ésta agravase las consecuencias del mismo, el caso será considerado a los efectos de este Contrato y la aplicación de los Plazos de Espera, como un caso de enfermedad y no de accidente.

Igualmente, si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente para los efectos de esta Cláusula.

Cláusula 5

PLAZOS DE ESPERA

Todos los Usuarios Afiliados en el presente Contrato tienen derecho a gozar de la Prestación de los Servicios de Salud previstos en el mismo, bien a través de la Red de Proveedores de “LA EMPRESA” o no, una vez transcurrido el Plazo de Espera que se especifica a continuación, el cual será contado a partir de la fecha de: comienzo del Contrato o de su rehabilitación o la Afiliación de un Usuario, según sea el caso, siempre y cuando la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en la Cláusula 6 "EXCLUSIONES TEMPORALES" y en la Cláusula 8. "EXCLUSIONES", de las Condiciones Particulares del presente Contrato:

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**5.1. DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS NUEVE (9) MESES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA PARA:**

Adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano, salvo por lo dispuesto en la Cláusula 4. Cobertura Inmediata, de estas Condiciones Particulares.

5.2. DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS NUEVE (9) MESES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA PARA:

Cualquier otra alteración a la salud del Usuario, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente.

5.3. DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DIEZ (10) MESES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA PARA:

Intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.

Queda entendido que si el Contratante solicitare un incremento en el Monto Contratado o cambio del Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud, para las cantidades en exceso comenzarán a considerarse nuevamente los Plazos de Espera, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto los Servicios de Salud que sean prestados antes del vencimiento de los Plazos de Espera aplicables al nuevo Monto Contratado o Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud, “LA EMPRESA” pagará sobre la base del Monto o Plan contratado antes de la modificación, siempre que los Plazos de Espera anteriores hubieren vencido.

Cláusula 6**EXCLUSIONES TEMPORALES**

Los Usuarios tienen derecho a la “Prestación de los Servicios de Salud” previstos en el presente Contrato siempre que la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en la Cláusula 8. "EXCLUSIONES", de estas Condiciones Particulares, una vez transcurridos los plazos de vigencia ininterrumpida que, en cada caso, se especifican a continuación, considerada individualmente y para cada Usuario en particular, contados a partir de la fecha de: comienzo del Contrato o su rehabilitación, la Afiliación del Usuario en el mismo, aumento del Monto Contratado o cambio de Plan de Prestación de Servicios de Salud según corresponda:

6. 1 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DOCE (12) MESES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA PARA:

Pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidente trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, bronquiectasias, calacio (chalazión), enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, fístulas, esofagogastrroduodenopatías, hepatopatías, neumopatías profesionales, pólipos, pterigión, quiste de cápsula articular, enfermedades renales, retinopatías, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, algunas tumoraciones, várices, varicocele, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano.

6. 2 DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS DICIOCHO (18) MESES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA PARA:

Aneurisma, arritmia cardíaca, arterosclerosis, cáncer, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, valvulopatías, malformaciones arterio-venosas, discopatías degenerativas, artropatías, cataratas, fimosis o parafimosis, glaucoma, hallux valgus, hernias, osteoartritis, osteoporosis, otoesclerosis, tumores y ptosis del párpado, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome del túnel del carpo, defecto de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

de la miopía e hipermetropía, superior a 3 dioptrías), enfermedad de d'quervain, hipertrofia de cornetes, rinosinusopatías y septoplastia funcional.

Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente para los efectos de esta cláusula.

Para los casos de aumento del Monto Contratado y/o cambio de Plan de Prestación de Servicios de Salud solicitados por el Contratante, esta Cláusula aplica únicamente para los del Montos y beneficios en exceso de los anteriores contratados.

Cláusula 7

INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable, en lo que respecta a enfermedades y anomalías congénitas o hereditarias, para enfermedades adquiridas y secuelas de eventos, sean estas conocidas o no, ocurridos con anterioridad a la fecha de comienzo del Contrato, Afiliación del Usuario, aumento del Monto Contratado o cambio de Plan de Prestación de Servicios de Salud, después de tres (3) años de estar la cobertura vigente ininterrumpidamente, contados estos a partir de:

7.1 Desde la fecha de Afiliación de cada del Usuario en particular, bien sea al comienzo del Contrato o en fecha posterior, o

7.2 Para los casos de aumento del Monto Contratado o cambio de Plan de Prestación de Servicios de Salud solicitado por el Contratante, a partir de la fecha en que se haga efectivo del Monto Contratado o cambio de Plan de Prestación de Servicios de Salud, según el caso, aplicándose el plazo establecido para la Indisputabilidad únicamente para el Monto y beneficios en exceso de los contratados antes de la fecha del cambio solicitado.

ESTA CLÁUSULA NO SERÁ VÁLIDA en caso de que la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico se encuentren indicados en la Cláusula 8. "EXCLUSIONES" de estas Condiciones Particulares, así como en los casos de falsedades y reticencias de mala fe por parte del Contratante o del Usuario Titular, debidamente probadas, lo cual constituye causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que "LA EMPRESA" de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Cláusula 8

EXCLUSIONES

"LA EMPRESA" no estará obligada al pago de los gastos incurridos por la prestación de los Servicios de Salud previstos en este Contrato, bien sea a través de la Red de Proveedores de la "LA EMPRESA" o no, que tengan relación con:

8.1 Daños y lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

8.2 Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Usuario.

8.3 Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.

8.4 Viajes aéreos del Usuario cuando se encuentre como piloto comercial, salvo que el Contratante lo haya declarado en la Solicitud Afiliación al Contrato, "LA EMPRESA" lo acepte mediante la emisión del Anexo correspondiente y sea pagada la Cuota adicional, si la hubiere.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

8.5 Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Usuario en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.

8.6 Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Usuario en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Usuario o que éste actuó en legítima defensa.

8.7 Gastos por atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización, con o sin intervención quirúrgica, originados como consecuencia de la práctica del Usuario de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en altamar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que “LA EMPRESA” convenga con el Contratante la cobertura de estos gastos.

8.8 Los gastos que se hayan ocasionado por enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo competente en cualquier parte del país, luego de haber sido declaradas como tales.

8.9 Trasplantes de órganos o tejidos.

8.10 Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.

8.11 Chequeos y control ginecológico.

8.12 Embarazo y sus resultantes: parto, aborto y legrado uterino, operación cesárea, consultas pre y post natales, y cualquier complicación de la maternidad, SALVO en los casos donde el Usuario haya contratado el Anexo de Maternidad y se encuentre indicado en el Cuadro-Recibo.

8.13 Tratamientos y controles de la Menopausia y la Andropausia.

8.14 Gastos con ocasión de tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos para fertilización, implante o retiro de métodos anticonceptivos, esterilización, inseminación artificial e implantación artificial de embriones in Vitro, disfunción eréctil, enfermedad de Peryronie, cambio de sexo, impotencia o frigidez y las complicaciones que se deriven de ellos, así como los tratamiento anticonceptivos y sus consecuencias.

8.15 Chequeos médicos generales o exámenes con fines diagnósticos o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que origina la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en la Cláusula 4. Cobertura Inmediata de estas Condiciones Particulares, y aplicación de vacunas.

8.16 Los daños intencionalmente infligidos así mismo o por terceros con su consentimiento; los casos de suicidio, o tentativas de suicidio, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.

8.17 Tratamiento de la dependencia del alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, etilismo, así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas medicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas medicamente.

8.18 Impuestos, gastos de cobranza y/o administrativos, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, y otros costos no definidos, ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.

8.19 La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, water pick, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

8.20 Atención médica, estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.

8.21 Tratamiento para acné, tanto médico como quirúrgico, así como para la calvicie y/o alopecia.

8.22 Enfermedades y tratamiento odontológicos y periodontológicos, tratamiento quirúrgico de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamiento de cualquier índole de la articulación temporo-maxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 10 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

8.23 Tratamiento de enfermedades mentales, exámenes y tratamientos efectuados por médicos psiquiatras, psicoanalistas, tratamiento de trastornos funcionales de la conducta y el aprendizaje, narcolepsia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, angustia, fobias, esquizofrenia, trastornos bipolares, disritmias cerebrales funcionales, enfermedad de alzheimer, demencia, demencia senil y presenil, trastornos del sueño, síndrome de agotamiento físico, neuralgias tensionales, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, epilepsia, curas de reposo, estrés, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como permanencia en residencias geriátricas, institutos de convalecencias, sanatorios, instituciones para el descanso o el cuidado y custodia, estancias en balnearios, curas termales y de reposo, spas, hidroclínicas e instalaciones de atención para el tratamiento de enfermedades mentales, aun cuando dichos servicios sean requeridos como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por este Contrato.

8.24 Consulta o exámenes de la vista, vicios de refracción, cirugías o tratamientos para corregir defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patología comprobadas de cataratas. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 6.2 de la Cláusula 6. Exclusiones Temporales de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

8.25 Mastoplastia de reducción o de aumento con fines estéticos y/o anatómicos y las complicaciones que se presenten de la intervención quirúrgica y/o posterior a ésta, EXCEPTO en los casos de pacientes con Gigantomastia juvenil que, previa aprobación del Departamento médico de “LA EMPRESA”, provoquen evidentes trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal evidenciados en estudios clínicos y de imágenes y a condición de que dichas pacientes estén afiliadas como Usuaris en el Contrato desde antes de los 14 años de edad y se cumpla con todos los términos y condiciones establecidos en el presente Contrato para tener derecho a la prestación de los Servicios Médicos previstos en el mismo.

8.26 Tratamiento médico y/o quirúrgico de las siguientes patologías de las glándulas mamarias: Displasia, adenosis, enfermedad quística, enfermedad fibroquística, mazoplasia, mastopatía esclero-quística, enfermedad de Reclus de la mama, ginecomastia, lipomastia. ESTA EXCLUSIÓN NO SERÁ APLICADA, previa aprobación del Departamento Médico de “LA EMPRESA”, en los casos en que exista patología tumoral evidente, benigna o maligna, o lesiones sospechosas de cáncer de mama, apoyado en estudios de imagen y anatomía patológica.

8.27 Cirugía cosmética, plástica, o estética, SALVO en los casos establecidos en el numeral 15 de la Cláusula 3. “GASTOS CUBIERTOS” de estas Condiciones Particulares.

8.28 Tratamiento para la terapia ocupacional, educacional o del lenguaje, Logofoniatría. Tratamientos fisioterapéuticos, SALVO lo establecido en el numeral 14 de la Cláusula 3. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares.

8.29 Tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos para la obesidad o reducción de peso. No obstante queda a SALVO lo establecido en el numeral 19 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

8.30 Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con una enfermedad o lesión por accidente tratada. Los gastos de material médico quirúrgico, medicinas o instrumentos no desglosados, por la institución hospitalaria, en la facturación con respecto al nombre y cantidades utilizadas.

8.31 Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicinas, suministros y equipos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).

8.32 Gastos por concepto de consultas, exámenes y medicación de tratamientos no aceptados por la Federación Médica Venezolana, como son: acupuntura, medicina naturista, homeopática, alternativa, adaptógenos, medicina sistémica. Tampoco están cubiertos los medicamentos que no estén autorizados legalmente por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

8.33 Tratamientos para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). No obstante, queda a SALVO lo establecido en el numeral 20 de la Cláusula. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares.

8.34 Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones salvo lo establecido en el numeral 5.1 de la Cláusula 5. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares.

8.35 Tratamientos médicos o quirúrgicos sobre órganos sanos con fines profilácticos.

8.36 Si la hospitalización, tratamientos médicos o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad o por un tratamiento o intervención no cubierto, según las condiciones del presente Contrato, y la misma presentare alguna complicación, el caso será considerado a los efectos de este Contrato, como un caso de enfermedad no amparado bajo la Prestación de los Servicios de Salud del presente Contrato.

8.37 Si la hospitalización o tratamientos médicos con intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad que goza de la Prestación de Servicios de Salud y en el mismo acto quirúrgico se efectúa otra intervención quirúrgica o tratamiento médico no cubierto, según las condiciones del presente Contrato, y se presentare alguna complicación durante la cirugía o en el post operatorio de ésta o por la aplicación del tratamiento médico no cubierto, "LA EMPRESA" pagará en proporción al costo del procedimiento amparado sin complicaciones.

8.38 La compra o alquiler de aparatos de aire acondicionado, vaporizador, humidificador, deshumidificador, equipos para hacer ejercicios o similares.

8.39 Tratamientos experimentales o investigativos.

8.40 El traslado del Usuario desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante queda a SALVO lo establecido en el numeral 16 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

8.41 Cobro de honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Contratante o el Usuario o un familiar éstos, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con ellos.

8.42 Enfermera privada para el cuidado del paciente, fuera de un centro hospitalario. No obstante queda a SALVO lo establecido en el numeral 5 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

Cláusula 9**AUTORIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para la prestación de servicios hospitalarios y/o médicos de cualquier tipo, en virtud de un tratamiento médico y/o quirúrgico programable a causa de una enfermedad contraída o accidente sufrido por el Usuario, el Contratante o el Usuario deberá:

9.1 Solicitar previamente la autorización a “LA EMPRESA” con mínimo siete (7) días hábiles de anticipación a la fecha en deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica.

9.2 Presentar, junto con la solicitud de autorización, la siguiente documentación:

- Presupuesto detallado de gastos del tratamiento médico y/o quirúrgico, emitido por la institución hospitalaria.
- Informe médico emitido por el médico tratante, donde se especifique el diagnóstico, el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse,
- Resultado de cualquier procedimiento para diagnóstico de la enfermedad o lesión tratada.

“LA EMPRESA” podrá solicitar a su costo, una segunda evaluación médica y/o documentación complementaria a los descritos en el numeral 9.2 de esta Cláusula, cuando sea necesario para determinar si cumplen con todos los términos y condiciones establecidos en este Contrato, debiendo hacer tal solicitud dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el numeral 9.2 de esta Cláusula. En este caso, se establece un plazo de dos (2) días hábiles para la presentación de los nuevos recaudos solicitados por “LA EMPRESA”, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo causa extraña no imputable al Contratante o, al Usuario.

“LA EMPRESA” se compromete otorgar la autorización a quien corresponda dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos requeridos según lo mencionado en el párrafo anterior.

“LA EMPRESA” no otorgará la autorización cuando la documentación presentada no le permita precisar con exactitud si el tipo de tratamiento que será aplicado al Usuario y la causa que lo origina cumplen con los términos y condiciones de este Contrato o cuando el tipo de tratamiento no esté cubierto según lo establecido en las Cláusulas del presente Contrato.

Cláusula 10

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

10.1 SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES:

10.1.1 Para la utilización de los Servicios de Salud contratados deberá solicitarse previamente autorización a “LA EMPRESA”, referida en la Cláusula 9 “Autorización para la Prestación de Servicio” de estas Condiciones Particulares, a los fines de que ésta gestione la prestación de los Servicios de Salud a través de los profesionales de la medicina y entidades de asistencia médica adscritos a la Red de Proveedores de “LA EMPRESA”, sujeto a los términos y condiciones de este Contrato. Una vez gestionada la Prestación de los Servicios de Salud, se otorgará la Autorización para la utilización de los Servicios de Salud requeridos y, posteriormente, “LA EMPRESA” pagará directamente a los profesionales adscritos y/o a la entidad adscrita, por cuenta del Usuario, los gastos incurridos por la prestación de los Servicios de Salud acordados y aceptados entre “LA EMPRESA” y los prestadores de los Servicios de Salud adscritos a la Red de Proveedores.

La Autorización para la Prestación de los Servicios de Salud no será requerida en los casos de emergencia médica.

10.1.5 En caso de ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA el Usuario puede ir directamente a la Emergencia de la Institución adscrita a la Red de Proveedores y, previa identificación con su Cédula de Identidad, la Institución se comunicará con “LA EMPRESA”, para que ésta verifique si el paciente es un Usuario Afiliado al presente Contrato. En estos casos “LA EMPRESA” se hará responsable de los gastos médicos que se originen siempre y cuando los Servicios de Salud por Emergencia que se prestaren estén amparados en los términos y condiciones establecidos en el presente Contrato.

10.2 SERVICIOS DE SALUD NO PRESTADOS A TRAVÉS DE LA RED DE PROVEEDORES:

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Cuando, excepcionalmente, la Prestación de los Servicios de Salud no pueda ser cumplida a través de la Red de Proveedores de “LA EMPRESA” o cuando por causas justificadas no se haga uso de la Red de Proveedores de “LA EMPRESA”, el Usuario podrá elegir libremente los médicos e instituciones médicas que le prestarán los Servicios de Salud que médicamente requiere para el restablecimiento de su salud.

En este caso, la atención médica pagada por el Usuario Titular, por no haberse hecho uso de las modalidades de prestación de Servicio de Salud señaladas en el numeral 10.1 de esta Cláusula, el Usuario Titular podrá solicitar el reembolso del monto correspondiente a los gastos cubiertos por el presente Contrato, sujeto a los términos, condiciones y límites del Contrato y al Gasto Médico Razonable, Usual y Acostumbrado.

Para obtener el reembolso de los gastos razonables, usuales y acostumbrados incurridos que pueda corresponder, según el presente Contrato, el Usuario Titular, o el Beneficiario deberán:

10.2.1 Notificar la ocurrencia de la prestación del Servicio de Salud a través de los formularios establecidos por “LA EMPRESA” para tal fin, dentro de los Diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de la ocurrencia de tal Servicio de Salud.

10.2.2 Entregar a “LA EMPRESA” dentro de los veinte (20) días continuos siguientes a la fecha de haber notificado a “LA EMPRESA”, los formularios debidamente rellenos que dispone “LA EMPRESA” para realizar el reclamo, junto con el informe y la certificación del médico tratante, la información de la institución hospitalaria legalmente autorizada, informes y resultados de los exámenes paraclínicos realizados, récipes con las indicaciones médicas, facturas y recibos, debidamente pagadas por el Usuario Titular, récipes de indicación médica y documentos concernientes a Servicios de Salud expresamente cubiertos por este Contrato y dispensados al Usuario objeto del reclamo.

El Usuario Titular deberá presentar la reclamación en los formularios usuales de “LA EMPRESA”, acompañada de toda la documentación médica señalada en el párrafo anterior en original y una (1) copia.

Si otra empresa de la Actividad Aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Usuario, deberá entregarse a “LA EMPRESA” el finiquito y las facturas originales indemnizadas con el sello correspondiente.

Cuando el Usuario reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que “LA EMPRESA” efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este contrato.

10.2.3 No obstante lo referido en el numeral 10.2.2 de esta Cláusula, “LA EMPRESA” podrá solicitar información adicional, por una sola vez, en relación con la reclamación presentada, cuando no se pueda determinar con precisión el derecho que tiene el Usuario Titular al reembolso por los gastos médicos incurridos. En este caso “LA EMPRESA” solicitará la documentación médica complementaria que requiere para la evaluación del reclamo, dentro de los diez (10) días siguientes contados desde la fecha de recepción del reclamo. Igualmente, “LA EMPRESA”, dentro del lapso antes mencionado, podrá hacer examinar por un profesional de la medicina al Usuario objeto del reclamo, siendo el costo de dicho examen por cuenta de “LA EMPRESA”. Se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos adicionales solicitados por “LA EMPRESA”, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo causa extraña no imputable al Usuario Titular, debidamente justificada por éste.

10.2.4 En los casos de tratamiento continuado, se deberá presentar a “LA EMPRESA”, mensualmente y en original y una (1) copia, las facturas y comprobantes de pago por los productos médicos y/o Servicios de Salud recibidos y amparados por este Contrato.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“LA EMPRESA” quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier reclamo y, el Usuario Titular o el Beneficiario, según el caso, perderá el derecho al pago contra reembolso de los gastos cubiertos ocasionados por los Servicios de Salud prestados al Usuario objeto del reclamo, si después de haber recibido los Servicios de Salud o haberse solicitado alguna documentación faltante para el análisis del reclamo, o haberse efectuado por parte de “LA EMPRESA” una solicitud de reconocimiento médico, no se hubiere presentado la documentación o los recaudos faltantes solicitados o no se haya asistido al reconocimiento médico requerido dentro de los lapsos señalados en los numerales 10.2.2 y 10.2.3 de esta Cláusula, SALVO en caso de fuerza mayor comprobable no imputable al Usuario Titular, al Usuario objeto del reclamo o al Beneficiario o cuando el reclamo esté siendo tramitado por otra(s) empresa(s), bien sea de la misma naturaleza que la del presente Contrato o con una empresa de seguros, en cuyo caso el Usuario Titular deberá informarlo a “LA EMPRESA” en la solicitud de reclamo y presentar las facturas originales selladas por dicha(s) empresa(s) con indicación del monto pagado.

En caso de que el Usuario titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de reembolso, corresponderá a sus beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes.

Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Usuario y pagados por “LA EMPRESA”, fueron originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este contrato, “LA EMPRESA” procederá a recuperar del Usuario Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

Cláusula 11

INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE PROVEEDORES

“LA EMPRESA” pondrá a disposición de los Usuarios información actualizada correspondiente a los médicos, instituciones hospitalarias, laboratorios clínicos y demás establecimientos prestadores de servicios de salud, legalmente autorizados, que conforman la Red de Proveedores, con indicación de la dirección y números de teléfono.

“LA EMPRESA” podrá modificar unilateralmente y en cualquier momento la Red de Proveedores, pudiendo incluir o excluir profesionales y/o instituciones afiliadas.

“LA EMPRESA” pondrá permanentemente o, por lo menos, trimestralmente a disposición de sus Usuarios Titulares, información actualizada correspondiente a los médicos, instituciones hospitalarias, laboratorios clínicos y demás prestadores de servicios de salud que integran su Red de Proveedores, mediante los medios que estime más convenientes para este fin como son: Página web, correos electrónicos, publicación en medios de comunicación impresos, centro de atención telefónica de “LA EMPRESA”, impresión de folletos, trípticos, dípticos y/o cualquier otro material publicitario, distribución del material impreso y, adicionalmente, fijará carteles de la información actualizada en sus oficinas de atención al público.

Cláusula 12

COOPERACIÓN

En todo caso de una reclamación en virtud del presente Contrato, el Usuario no sólo procederá a dar aviso a “LA EMPRESA” acompañado de los recaudos estipulados en la Cláusula 10: "Prestación de los Servicios de Salud" de estas Condiciones Particulares, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueran razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente, enfermedad, hospitalización o intervención quirúrgica, que motivó la reclamación. Si se tratare de un accidente, el Usuario Titular o el Usuario entregará a “LA EMPRESA” una declaración por escrito, suministrando todos los datos razonables que se le pudieran entregar a “LA EMPRESA”, acompañada de todos los recibos originales, facturas originales debidamente canceladas, radiografías, resultados de exámenes y cualesquiera otra documentación que “LA EMPRESA” considere necesario exigirle con referencia a la reclamación a objeto de poder

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

determinar el derecho al reembolso que pueda corresponder por los gastos cubiertos incurridos debido a los Servicios de Salud prestados al Usuario objeto de la reclamación.

Asimismo el Usuario Titular o el Usuario se obligan a certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal, y de autorizar a “LA EMPRESA” para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier evento, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico las historias clínicas y demás información sobre la salud de los Usuarios. Igualmente tendrá “LA EMPRESA” la oportunidad y el derecho, durante el curso de una reclamación, a examinar mediante los servicios de su personal facultativo al Usuario objeto del reclamo, así como también el Usuario Titular o el Usuario autoriza a “LA EMPRESA” a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que estas estén prohibidas por la ley.

“LA EMPRESA” a su propio costo, tendrá el derecho de hacer examinar por un médico, a cualquier persona Afiliada, durante la vigencia de este Contrato, haya habido reclamación o no.

“LA EMPRESA” tiene derecho a recuperar del Usuario Titular o Usuario, las sumas de dinero que por error hubiere pagado en virtud de las coberturas de este Contrato, pudiendo descontarla de otros pagos efectuados o de una eventual devolución de Cuota a favor del Contratante originada por cualquier concepto.

Cláusula 13

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE “LA EMPRESA”

El límite máximo de responsabilidad de “LA EMPRESA” por concepto de gastos relacionados con la prestación de los Servicios de Salud por atención médica, intervención quirúrgica con o sin hospitalización y tratamientos ambulatorios para cada Usuario durante la vigencia anual del Contrato, para cada enfermedad o accidente, es el indicado en el Cuadro-Recibo, que será reducido en el monto de cada pago efectuado por los tratamientos relacionados con dicha enfermedad contraída o accidente sufrido durante el año de vigencia. Las cantidades que excedan el límite de responsabilidad de “LA EMPRESA” por enfermedad o accidente, que se deban pagar por la atención médica por hospitalización, cirugía y tratamientos ambulatorios previstos en este Contrato, estarán a cargo del Usuario.

Queda entendido que el Monto Contratado indicado como “Límite Máximo de Responsabilidad de LA EMPRESA” en el Cuadro-Recibo se agotará por enfermedad contraída o accidente sufrido, por cada Usuario y año de vigencia. Si los gastos cubiertos por los que se haga responsable “LA EMPRESA” alcanzan el Monto Contratado para una determinada enfermedad contraída o accidente sufrido por un Usuario, no se cubrirán más gastos de ese Usuario para esa enfermedad o accidente por el tiempo que reste hasta que se renueve el Contrato.

Cláusula 14

ACTUALIZACIÓN DE PLANES INTEGRALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y CUOTAS

“LA EMPRESA” podrá, en cada renovación, modificar los Montos Contratados señalados en el Cuadro-Recibo, así como las Cuotas correspondientes, considerando que a los nuevos valores para la Prestación de Servicios de Salud les será reconocido, en función de la antigüedad obtenida según el tiempo de contratado el último Plan Integral de Prestación de Servicios de Salud, los Plazos de Espera y condiciones establecidas en las Cláusulas 5 "Plazos de Espera" y 6 "Exclusiones Temporales" de las Condiciones Particulares del presente Contrato.

Cláusula 15

DECLARACIÓN FALSA DE LA EDAD

La Cuota a pagar por cada persona Afiliada al Contrato es la correspondiente a la edad alcanzada. Si se probara, en cualquier tiempo, que la edad de alguno de los Usuarios resultare diferente a la declarada en la Solicitud de Afiliación, y por tal efecto hubo un cobro inferior de Cuotas o no se le hubiera emitido el Contrato, “LA EMPRESA” podrá, según lo considere, efectuar el cobro de Cuota adicional desde la fecha de afiliación en el Contrato o anular el mismo quedando

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

limitada su obligación únicamente a reintegrar, sin intereses, la Cuota pagada por concepto de estos Usuarios, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

“LA EMPRESA” tendrá el derecho a recuperar el pago efectuado por cualquiera reclamación con respecto a esa persona afiliada objeto de declaración falsa de edad.

Si a consecuencia de la inexacta edad de alguno de los Usuarios declarada en la Solicitud de Afiliación, se estuviere pagando una Cuota más elevada que la correspondiente a la edad real, “LA EMPRESA” reembolsará el exceso de las Cuotas percibidas, sin intereses, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente. Las Cuotas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

Para los cálculos referidos en la presente Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato o en su renovación, según el caso.

Cláusula 16

EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD

El Contratante podrá solicitar a “LA EMPRESA” a través de comunicación escrita, incremento de cobertura o afiliación de algún familiar o dependiente, excluyendo de la cobertura del presente Contrato y sus Anexos o limitando el monto de los mismos los gastos relacionados a patologías que padezca el Usuario a ser afiliado, así como cualquier otro gasto derivado de la misma y las complicaciones que se presenten de cualquier intervención quirúrgica que se realice o las complicaciones derivadas como consecuencia de la enfermedad que padezca antes de la contratación del Contrato, aumento de cobertura o afiliación de algún Usuario dentro del Contrato, quedando a consideración por parte de “LA EMPRESA” la aceptación o no de la solicitud efectuada. De ser aprobado tal condición por la “LA EMPRESA”, ésta dejará constancia mediante la emisión de un Anexo Especial incorporado al Contrato.

Cláusula 17

PERSONAS A AFILIAR

Es requisito que el Usuario Titular se encuentre para la fecha de su Solicitud de Afiliación al Contrato, en buenas condiciones de salud y no haya cumplido sesenta y cinco (75) años de edad.

Además del Usuario Titular, pueden ser afiliados en este contrato en calidad Usuarios y gozar de la prestación de los Servicios de Salud establecidos en el mismo, previo el pago de la Cuota calculada de acuerdo a la Tarifa vigente correspondiente para la fecha de la Solicitud de Afiliación al presente Contrato, contra la entrega del Cuadro-Recibo:

17.1 Su Cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, siempre y cuando no haya cumplido sesenta y cinco (75) años de edad.

17.2 Sus hijos, cuya filiación esté legalmente demostrada, que sean solteros, mayores de 30 días, o desde el primer día de nacido, si el alumbramiento ha sido amparado por la cobertura de Maternidad contratada con este Contrato, o la madre haya estado Afiliada por lo menos un (1) año de forma consecutiva bajo la cobertura del Contrato y la de dicho Anexo, siempre que el Usuario Titular solicite la Afiliación del mismo a “LA EMPRESA” y pague la Cuota correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento. La edad máxima para la afiliación de los hijos es veinticinco (25) años.

17.3 Padre y/o madre del Usuario Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, siempre y cuando no haya cumplido sesenta y cinco (75) años de edad.

17.4 Personas de la tercera edad, siempre que convivan con el Usuario Titular y/o dependan económicamente de él, siempre y cuando no haya cumplido sesenta y cinco (75) años de edad.

CONTRATO INTEGRAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Si un Usuario, quedare excluido del contrato, podrá solicitarse a “LA EMPRESA”, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la afiliación a un nuevo contrato, sujeto al pago del monto correspondiente, y el Usuario no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con el contrato anterior, en lo que se refiere al mismo Monto de Limite Contratado o plan vigentes para el momento de la terminación del contrato. Si el Usuario estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del contrato, “LA EMPRESA” queda obligada a emitir el contrato solicitado.

En caso de fallecimiento del Usuario Titular, para que sea procedente la renovación del contrato, cualquier Usuario, familiar del Usuario Titular fallecido y mayor de edad, podrá figurar como Usuario Titular, con la condición que la designación sea notificada a “LA EMPRESA” a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la vigencia en curso. “LA EMPRESA” está obligado a aceptar la designación del nuevo Usuario Titular.

Si el Contratante desea Afiliar uno o más Usuarios nuevos al Contrato, deberá solicitarlo por escrito a “LA EMPRESA”, mediante una Solicitud de Afiliación y Declaración de Salud, debidamente cumplimentada, con treinta (30) de anticipación a la fecha de vencimiento del período de vigencia del recibo. En este caso se aplicarán todos los términos y condiciones establecidas en presente Contrato para la aceptación o rechazo de la Solicitud de Afiliación correspondiente. Cuando, a satisfacción de “LA EMPRESA”, la Solicitud de Afiliación sea aceptada se emitirá el Cuadro-Recibo correspondiente al siguiente período de renovación ajustado en cuanto a la Cuota Global que resulte, una vez efectuada la(s) respectiva(s) Afiliación(es), el cual será entregado al Contratante al momento del pago de la Cuota correspondiente, entrando el presente Contrato en pleno vigor, en todas sus partes, para el o los nuevos Usuarios Afiliados en particular.

Si, por el contrario, el Contratante desea excluir a uno o varios de los Usuarios Afiliados al Contrato, por cualquier causa, deberá hacerlo mediante comunicación escrita a “LA EMPRESA”, con treinta (30) de anticipación a la fecha de vencimiento del período de vigencia del recibo. El Cuadro-Recibo correspondiente al siguiente período de renovación será ajustado en cuanto a la Cuota Global que resulte, una vez efectuada la(s) respectiva(s) desincorporación(es).