



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



XVII. COBERTURAS DEL SEGURO

Este seguro ampara los gastos médicos realizados por el asegurado a consecuencia de un accidente o enfermedad que se encuentren cubiertos,

GASTOS CUBIERTOS:

(Estos gastos detallados son enunciativos más no limitativos)

1. Honorarios de médicos (por consulta con especialista topado a \$1,700.00 M.N.)
2. Gastos hospitalarios incluye:
 - a) Cuarto Privado Estándar de hospital con baño incluyendo los alimentos del asegurado y paquete de admisión.
 - b) Cama extra para un acompañante durante la estancia en el hospital.
 - c) Estancia en Terapia Intensiva y/o terapia intermedia o unidad de cuidados coronarios.
 - d) Sala de operaciones, de recuperaciones y/o curaciones.
 - e) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta, ocurrida durante la vigencia de la póliza.
3. Honorarios de cirujano.
4. Gastos de anestesia y honorarios de anestesista. (Honorarios de anestesista hasta el 30% de los honorarios del cirujano).
5. Honorarios del 1er. Ayudante 20% de los honorarios del cirujano.
6. Honorarios del 2do. Ayudante 10% de los honorarios del cirujano.
7. Honorarios de enfermera legalmente autorizada para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante (dentro o fuera de hospital) (máximo de 8 horas cada uno durante 60 día) se cubre hasta \$850.00 M.N. por turno.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



8. Rehabilitación y fisioterapia cuando estén prescritas por el médico tratante con máximo de 6 meses o 90 sesiones lo que ocurra primero.

- Para el caso de padecimientos congénitos se cubrirán por un período máximo de 6 meses o 90 sesiones, la indemnización será de acuerdo con la tabla de honorarios medico quirúrgicos contratados con tope de **45 U.M.A.M.**

9. Medicamentos adquiridos fuera o dentro del hospital, que hayan sido prescritos por los médicos tratantes que estén relacionados con el padecimiento y se acompañen de la factura que cumpla con requisitos fiscales de la farmacia y se anexe la receta.

10. Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, etc., y cualquier otro indispensable para el diagnóstico o tratamiento de un accidente o enfermedad cubierta.

11. Gastos por consumo de sangre, suero, plasma o sustancias semejantes.

Esta cobertura únicamente aplicará para enfermedades o accidentes cubiertos por el presente contrato y siempre y cuando exista prescripción por parte del médico tratante, en el entendido que también queda cubierto cuando aplique por urgencia médica por complicaciones de ciertos padecimientos, indicados en el numeral 26 del Anexo Técnico.

12. Gastos por consumo de oxígeno.

La presente cobertura será otorgada siempre y cuando la enfermedad que dio origen a la prescripción de este insumo se encuentre cubierta por el presente contrato, en el entendido que también queda cubierto cuando aplique por urgencia médica por complicaciones de ciertos padecimientos, indicados en el numeral 26 del Anexo Técnico.

13. Renta de muletas, silla de ruedas, pulmón artificial o aparatos semejantes. (Dentro o fuera de hospital).

14. Se cubre la radioterapia, inhala terapia, ozonoterapia, quimioterapias y/o similares derivados de una enfermedad o accidente cubiertos, y siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

15. Aparatos ortopédicos prótesis y prótesis dental.

Se ampara la adquisición y/o renta en caso de ser necesarios a consecuencia de accidentes y o enfermedad. (En el caso de prótesis dental solo por accidentes).



- Se cubre reposiciones solo a causa de accidente y solo por una vez por Asegurado.
- Opera con límite de la Suma Asegurada contratada, y en el caso de accidentes no aplica deducible ni coaseguro.

16. Cirugías de nariz o senos paranasales:

Opera con límite de la Suma Asegurada contratada, y en el caso de accidentes no aplica deducible ni coaseguro.

- Por accidente se cubre 100% sin deducible ni coaseguro, presentando RX y que el médico tratante sea otorrinolaringólogo.
- Por enfermedad se cubre con deducible y coaseguro condicionado a que el médico tratante sea otorrinolaringólogo.

En ambos casos si el médico tratante no es otorrinolaringólogo se pagará un coaseguro del 40%.

17. Gastos de Transporte de Ambulancia terrestre dentro de la República Mexicana.

- Se cubren los gastos de transporte de ambulancia terrestre, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al Asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado. En caso de ser indispensable a criterio del médico tratante, también se ampara el traslado del hospital al domicilio del Asegurado y/o a algún centro para estudio especializado.
- El tipo de ambulancia que se cubrirá, será de acuerdo con la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera; el asegurado dependiendo el caso podrá optar por el pago por reembolso o solicitar el servicio directamente a cargo de la “Compañía Aseguradora”.
- No aplica deducible, ni coaseguro.

18. Gastos de Transporte de Ambulancia Aérea dentro de la República mexicana en caso de urgencia médica. La “Compañía Aseguradora” cubrirá el importe de los gastos erogados por la contratación de este servicio en territorio Nacional, siempre y cuando éste se requiera como consecuencia de una urgencia médica de una enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la urgencia y sea necesario médicamente por las condiciones del paciente.

- No Aplica coaseguro
- Con suma asegurada de \$50,000.00 M.N.
- Únicamente opera a reembolso.

19. Quedan amparadas para todas las integrantes de la colectividad, de sexo femenino, sin restricción de edad, ya sean titulares o dependientes, las coberturas de Maternidad y se cubren los gastos resultantes de la atención médica y hospitalaria derivada de:

- Óbito, parto, cesárea y sus complicaciones, con suma asegurada de 30 U.M.A.M., sin deducible ni coaseguro y con 10 meses de periodo de espera, a partir del ingreso a la colectividad.
- Parto prematuro, quedan amparados los gastos en que se incurran derivados de la atención del parto prematuro y sus complicaciones, hasta la suma asegurada, aplicando deducible y coaseguro normal de la póliza, y con 10 meses de periodo de espera, a partir del ingreso a la colectividad.
- Legrado: quedan cubiertos los gastos originados por legrado y sus complicaciones, sin límite por semanas de gestación, hasta la suma de 30 U.M.A.M., no importando la causa que lo originó, Sin deducible ni coaseguro y con 10 meses de período de espera, a partir del ingreso a la colectividad.
- VACUNA RH: Quedan cubiertos los gastos originados por la adquisición y aplicación de la vacuna, cuando sea prescrita por el ginecólogo.
- Complicaciones del embarazo: Se cubre hasta la suma asegurada, aplicando deducibles y coaseguros contratados de la póliza, con 10 meses de período de espera, para los padecimientos tales como:
 - a. Embarazo extrauterino o embarazo molar (de este último será necesario el estudio histopatológico)
 - b. Complicaciones del embarazo o puerperio, tales como Eclampsia, preclamsia severa, estados de fiebre puerperal, placenta previa e hiperémesis gravídica, cuando esta requiera



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



atención intrahospitalaria. Se contempla el aborto como complicación del embarazo, sin límite por semanas de gestación.

c. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, placenta previa, placenta acreta, y/o abscesos.

d. Atonía uterina, Ruptura uterina, Tromboembolia pulmonar, Diabetes gestacional.

20. Recién Nacidos.

Quedan asegurados al momento del nacimiento y se cuenta hasta con 45 días hábiles para dar la notificación de alta al recién nacido. Esta cobertura es en adición a las coberturas de Parto y/o cesárea.

- Enfermedades de los recién nacidos durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertas desde el primer día de nacidos, y sean dados de alta en la póliza dentro de los primeros 45 días hábiles de su nacimiento; hasta la Suma Asegurada contratada con aplicación de deducible y coaseguro No aplica período de espera.

- También quedan amparados los gastos ocasionados por circuncisión, cuando sea necesaria debido a causas patológicas y sin fines profilácticos, lo que deberá ser comprobado con un informe médico completo, hasta por un importe de \$6,000.00 M.N., sin aplicación de deducible y coaseguro. No aplica período de espera.

- Recién nacido prematuro: quedan amparados los gastos de atención médica para los nacidos durante la vigencia de la póliza, con límite en la suma asegurada, aplicando deducible y coaseguro contratados. No aplica período de espera.

- Recién nacido sano: durante la vigencia de la póliza, se cubren los gastos correspondientes a Pediatría, cuneros y tamiz neonatal, hasta por un importe de: \$9,000.00 M.N., sin aplicación de coaseguro ni deducible. No aplica periodo de espera.

21. Padecimientos congénitos.

- Enfermedades Congénitas: Las enfermedades de los recién nacidos, hijos del Asegurado quedarán cubiertas desde el momento de su nacimiento, sus tratamientos y cirugías correctivas, siempre y cuando el nacimiento sea durante la vigencia de la póliza sin periodo de espera, y sean dados de alta en la póliza dentro de los primeros 45 días hábiles de su nacimiento incluyendo las malformaciones congénitas sin importar la causa. Aplica deducible y coaseguro.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



- Padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza: Quedan amparados los gastos originados por los padecimientos congénitos que presenten asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, sin importar la causa que los originó y que cumplan con que el gasto cubierto sea realizado durante la vigencia póliza.
- Se cubren los gastos tratamiento, consultas y/o estudios por la atención del déficit de crecimiento

22. Se amparan tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y similares y esté presente al menos tres dioptrías por padecimiento y por cada ojo, hasta la suma asegurada contratada con aplicación de deducible de 3 U.M.A.M., independientemente del sistema de indemnización utilizado por el asegurado.

23. Para el Grupo II se amparan por una sola vez para cada Asegurado, ayuda para adquisición de anteojos y/o lentes de contacto, con un deducible de 1 U.M.A.M., y con un tope de suma asegurada de 4 U.M.A.M. Siempre y cuando el asegurado presente al menos 3 dioptrías de padecimiento. No Aplica coaseguro

La “Compañía Aseguradora” podrá presentar a consideración del asegurado a sus proveedores para este rubro (responsabilizándose del pago directo); sin embargo, será decisión del Asegurado el aceptar o acudir con el prestador de servicios de su confianza y tramitarlo vía reembolso.

24. DEPORTES PELIGROSOS.

Quedan cubiertos los accidentes y los gastos médicos derivados de la práctica amateur y ocasional de deportes peligrosos, tales como:

Paracaidismo, rapel, alpinismo, boxeo, lucha libre, lucha grecorromana, charrería, cacería, automovilismo, motociclismo, regatas, buceo, jet ski, deportes aéreos, esquí, hockey, montañismo, espeleología, tauromaquia, equitación, go-karts

Y cualquier otro tipo de deporte amateur no mencionado con anterioridad.

- Queda también incluido el motociclismo, si el evento sucede en el desempeño de alguna actividad laboral.



25. Se amparan los gastos derivados de Lordosis O Escoliosis Xifosis De Columna Vertebral. No aplica periodo de espera.

26. Urgencias Médicas por complicaciones

Se cubre la urgencia médica entendiéndose como; la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, hasta la estabilización del paciente o hasta el límite de la suma asegurada, lo que ocurra primero, derivado de los siguientes tratamientos:

- Tratamientos estéticos y/o de calvicie.
- Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos.
- Tratamientos de infertilidad, Control natal o impotencia sexual.
- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilares.
- Estudios de prevención, exámenes o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud, o check up.
- Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura, aunque hayan sido proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.
- Opera con límite de la Suma Asegurada contratada.
- Aplica deducible y coaseguro.

27. Trasplante de órganos*, de acuerdo con las definiciones especificadas en esta póliza, los gastos se cubrirán hasta la Suma Asegurada contratada. sin período de espera, aplicando deducible y coaseguro contratados.

- Solo se cubre este procedimiento en territorio nacional, y preferentemente con médicos y hospitales de la Red de proveedores de la “Compañía Aseguradora”.
- Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes incluyen aquellos prescritos por el médico tratante, a causa de tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto, los cuales incluyen:



- a) Servicios médicos.
- b) Internamiento en un hospital o centro de trasplante.
- c) Obtención de órganos.
- d) Medicinas proporcionadas durante la hospitalización o suministros para usar en casa.
- e) Cuidados postoperatorios.
- f) Se cubren los gastos del donador con límite en \$100,000.00 M.N.

Los trasplantes amparados por esta cobertura son:

- 1) Corazón, páncreas, pulmón, riñón, hígado o alguna combinación de esos.
- 2) Cornea.
- 3) Hueso.
- 4) Piel (para injerto o cualquier otro propósito medicamente necesario).
- 5) Médula ósea alogénica para:
 - ✓ Anemia aplásica.
 - ✓ Leucemia aguda.
 - ✓ Inmunodeficiencia combinada severa.
 - ✓ Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 - ✓ Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de albers schomberg u osteoporosis generalizada).
 - ✓ Leucemia mielógena crónica.
 - ✓ Neuroblastoma estadio III o IV en niños mayores de un año.
 - ✓ Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).
 - ✓ Linfoma de Hodgkin, estadio III A o B y estadio IV A o B.
 - ✓ Linfoma de No hodgkin estadio III o IV.
- 6) Médula ósea Autóloga para:
 - ✓ Linfoma de No hodgkin estadio III A o B o IV A o B.
 - ✓ Linfoma de Hodgkin, estadio III A o B y estadio IV A o B.
 - ✓ Neuroblastoma estadio III o IV.
 - ✓ Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - ✓ Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - ✓ Tumores de célula germen "gameto".



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



Definición de trasplante: tratamiento médico que consiste en trasladar órganos, tejidos o células de una persona a otra, el órgano trasplantado reemplaza y asume la función del órgano dañado del receptor.

Exclusiones específicas para esta cobertura:

- No se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o aparato que la “Compañía Aseguradora” no haya autorizado previamente por escrito o proporcionado como resultado de, o en cualquier forma relacionada con un trasplante que no esté especificado como amparado por esta cobertura.
- No se cubren los gastos de posibles donantes y compatibilidad que hayan sido rechazados.

28. Para el Subgrupo II.I se amparan por una sola vez, ayuda para gastos dentales, (correspondientes a gastos no cubiertos por la póliza por accidentes o enfermedad) sin deducible y con un tope de suma asegurada de 2 U.M.A.M., sin la aplicación de coaseguro.

29. Para el Grupo I y Subgrupo II.I., se amparan una sola vez durante la vigencia, la realización de exámenes médicos generales para comprobación de estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, (pudiendo ser por medio de carta pase de la Aseguradora con proveedores de su red, o con proveedores fuera de red (por medio de reembolso) sin deducible y con un tope de suma asegurada de 2.5 U.M.A.M., no aplica coaseguro.

30. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (V.I.H. SIDA)

Se cubren los gastos realizados durante la vigencia de la póliza para:

El diagnóstico o tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

•Aplica reconocimiento de antigüedad y período de espera de 48 meses, y dicho periodo aplica solamente a las altas de los asegurados durante la vigencia de la póliza y para aquellos en los que no haya transcurrido dicho plazo desde su incorporación a la colectividad.

31. Se cubren gastos por Coronavirus (COVID-19) y/o SARS-CoV2/COVID19, del mismo modo está cubierta cualquier infección de vías aéreas superiores provocadas por un virus.