

1.- ¿Quiénes gozarán de esta prestación?

El seguro colectivo de gastos médicos mayores es un beneficio que cubre a la población asegurada de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA.

2.- ¿Cómo funciona este seguro?

El Seguro de Gastos Médicos funciona a través de la Red Médica y Hospitalaria de GNP asignada al plan de su póliza, la cual comprende hospitales, clínicas, laboratorios y médicos con los que GNP ha establecido convenios para la atención a sus asegurados.

Dicha información podrá consultarse las 24 hrs de los 365 días del año a través de la línea exclusiva de GNP-UAM, que viene impreso en el reverso de su tarjeta de Gastos Médicos.

Principales característica del seguro

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima que la aseguradora cubrirá por cada enfermedad o accidente cubierto.

Deducible

Es la cantidad que pagará el Asegurado por cada enfermedad cubierta por evento.

El asegurado pagará el Deducible de acuerdo al nivel de hospital donde se atienda:

HOSPITAL NIVEL I-	Médico de Red \$ 3,000.00
	Médico Fuera de Red \$ 5,000.00
	Accidente \$ 1,500.00
HOSPITAL NIVEL II-	Médico de Red \$ 5,000.00
	Médico Fuera de Red \$ 7,000.00
	Accidente \$ 3,000.00

HOSPITAL NIVEL III-	Médico de Red \$ 10,000.00
	Médico Fuera de Red \$ 15,000.00
	Accidente \$ 6,000.00

Coaseguro

El coaseguro es la participación que tendrá el asegurado por cada evento cubierto y reclamado en exceso del deducible, de acuerdo al nivel de hospital donde se atienda:

HOSPITAL NIVEL I -	Médico de Red – 10% MÁXIMO \$10,000.00
	Médico Fuera de Red – 10% MÁXIMO \$10,000.00 años).
	Accidente – NO APLICA
	Accidente de trabajo NO APLICA

HOSPITAL NIVEL II -	Médico de Red – 20% MÁXIMO \$15,000
	Médico Fuera de Red – 20% MÁXIMO \$15,000
	Accidente – NO APLICA

HOSPITAL NIVEL III -	Médico de Red -- 30% MÁXIMO \$40,000.00
	Médico Fuera de Red -- 30% MÁXIMO \$40,000.00
	Accidente -- 10% MÁXIMO \$9,000.00

La contabilización del coaseguro será después de aplicar el deducible correspondiente a los gastos efectuados por enfermedad o accidente.

3.- ¿Cuáles son los gastos cubiertos?

Están cubiertos los gastos que se realicen dentro de la República Mexicana, a causa de accidentes o enfermedades cubiertas, tales como:

- Honorarios de los médicos tratantes.
- Gastos de hospitalización.
- Cama extra para un acompañante durante la hospitalización.
- Terapia intensiva.
- Medicamentos suministrados dentro y fuera del hospital.
- Transfusiones.
- Provisión de oxígeno.
- Renta de equipo tipo hospital.
- Atención de enfermera.
- Consultas pre y post operatorias.
- Para las consultas Post operatorias después de una cirugía quedarán cubiertas posteriores a los 15 días del evento.
- Estudios de laboratorio y gabinete correspondiente (se cubrirán siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y la enfermedad o accidente está cubierto en la póliza).
- Prótesis y aparatos ortopédicos por accidente y enfermedad cubierta .
- Las prótesis dentales quedan cubiertas únicamente a consecuencia de un accidente cubierto por el seguro y siempre y cuando se afecten piezas dentales naturales.
- Las prótesis mamarias quedarán cubiertas solo que sean necesarias y a consecuencia de cáncer de mama (topadas a un sublímite de \$100,000.00).
- Gastos de ambulancia terrestre dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante.
- Parto y/o cesárea (por un monto máximo de \$ 35,000.00).
- Preexistencia (para asegurados de nuevo ingreso, todos los padecimientos preexistentes estarán cubiertos por la aseguradora y tendrán un sublímite máximo de responsabilidad de \$250,000.00).
- Emergencia en el extranjero: mediante el pago de la prima correspondiente a esta cobertura, se reembolsar los gastos originados por una emergencia médica en el extranjero hasta el límite máximo de la suma asegurada contratada.
- Cirugías de nariz y/o senos paranasales y cirugía reconstructiva solo que

4.- ¿Cuáles son los gastos que no cubren?

Los principales gastos que no están cubiertos son los siguientes:

- 1.- Cualquier gasto posterior al diagnóstico médico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), salvo, que haya transcurrido el periodo de espera (5 años).
- 2.- Acompañantes en el traslado del asegurado con paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales o extranjeros.
- 3.- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de hallux valgus (juanetes).
- 4.- Peluquería, barbería, pedicurista, así como el alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal.
- 5.- Tratamientos estéticos y de calvicie.
- 6.- Tratamientos dietéticos, de obesidad y complementos vitamínicos y en general de todas aquellas con fines cosméticos o de apariencia.
- 7.- Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para compro-bar el estado de salud.-

- 8.- Adquisición de anteojos, lentes de contacto, aparatos auditivos ni lentes intraoculares.
- 9.- Compra o renta de zapatos ortopédicos.
- 10.- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales no indispensables y sus complicaciones cualquiera que sea su naturaleza u origen.
- 11.- Tratamientos de infertilidad, control natal, impotencia sexual, ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus orígenes.
- 12.- Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para corregir la presbicia, miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo o estrabismo, queratomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
- 13.- Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos y cónyuge) del asegurado o el mismo asegurado.
- 14.- Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes en la fecha de contratación de esta póliza, sin importar la naturaleza o causa de la reposición, salvo aquellos que médicamente sean necesarios y que se requieran a causa de un accidente.
- 15.- Tratamientos para corregir alteraciones del sueño.
- 16.- Tratamientos realizados por acupunturistas, naturistas, vegetarianos y aquellos basados en hipnotismo y quelaciones.
- 17.- Tratamientos experimentales o de investigación.
- 18.- Padecimientos resultantes del intento de suicidios y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.
- 19.- Padecimientos resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el asegurado.
- 20.- Padecimientos resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del asegurado en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
- 21.- Padecimientos resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
- 22.- Padecimientos resultantes de la participación del asegurado en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- 23.- Padecimientos resultantes de la práctica de box, lucha libre o greco romana, charrería, taumaquia, deportes aéreos, alpinismo, paracaidismo, espeleología, cacería y rapel aun cuando se practiquen de manera amateur u ocasional.
- 24.- Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave distinta a la de una línea aérea comercial.
- 25.- Programas de rehabilitación, tratamientos y padecimientos que resulten del alcoholismo y toxicomanías.



- 26.- Se encuentran excluidas las cirugías de nariz de carácter estético.
- 27.- Queda excluido el tratamiento de cualquier persona que se ostente como cónyuge o compañero(a) cuando haya ocurrido, durante el período de vigencia de la póliza, alguna reclamación anterior a nombre de otra persona con esa calidad.
- 28.- Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocida como lunares o nevus.
- 29.- Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.

5.- ¿Cuál es el beneficio de la red de hospitalaria, médica y de prestadores de servicio de GNP?

La Red tiene como objetivo principal cubrir los gastos de hospitales, servicios médicos, estudios de gabinete, laboratorio y tratamientos médicos/quirúrgicos.

Al utilizar los servicios de estas redes, se genera un beneficio, al garantizar precios preferenciales.

Cuando la atención sea a través de Pago Directo, los servicios y/o material médico y hospitalario usados para la atención del accidente o enfermedad cubierta, siempre y cuando sean procedentes; serán liquidados directamente al prestador de servicios.

6.- Como hacer válido tu seguro de Gastos Médicos Mayores GNP cuenta con tres modalidades para poder hacer uso de tu póliza de GMM

Pago Directo / Reporte Hospitalario

Este procedimiento consiste en que el asegurado reporte a la asegurada su ingreso al hospital, mismo que debe de estar en convenio con GNP para obtener el beneficio de pago directo.

Al llegar al hospital en convenio es necesario mostrar la tarjeta del asegurado y una identificación oficial con fotografía, para que el hospital lo identifique como asegurado de Grupo Nacional Provincial.

El acudir a cualquier hospital en red ayudará al asegurado a no desembolsar el costo del internamiento (Para aplicar el pago directo la permanencia del asegurado en el hospital debe ser mayor a 24 horas) en caso de que no se cumpla este periodo los gastos pueden ingresarse por medio de reembolso.

Pago por Reembolso El asegurado deberá pagar la facturación total de los gastos, los cuales de ser procedentes serán reembolsados por la aseguradora.

Para lo cual deberá presentar:

- Formato de Reembolso
- Aviso de Accidente y/o enfermedad
- Informe Médico (Con diagnóstico definitivo)

- Formato único de Información bancaria (Copia de INE, copia de estado de cuenta)
- Estudios que corroboren diagnóstico
- Todas las facturas de los gastos realizados a nombre del titular
- Si son facturas por concepto de estudios (Presentar interpretación de estudios) En caso de factura de medicamentos (Presentar receta médica)

Programación de Cirugía y/o Medicamentos

Programar su cirugía le permite:

- 1.- Usted o su médico pueden hacer la reservación oportunamente en el hospital.
- 2.- Comprobar la disponibilidad y el uso de las instalaciones hospitalarias.
- 3.- Conocer con anticipación si tu tratamiento está o no cubierto.
- 4.- No desembolsar cantidad alguna de los gastos procedentes ya que su seguro paga directamente al hospital y los especialistas en convenio.
- 5.- Beneficio de programar medicamentos y/o estudios que son constantes, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubiertos por la póliza

Para lo cual deberá presentar:

- Aviso de Accidente y/o enfermedad
- Informe Médico (Con diagnóstico definitivo) El informe médico debe indicar el procedimiento a realizar por parte del médico tratante, en caso de medicamento se requiere presentar receta médica
- Estudios que corroboren diagnóstico

Este tríptico se realizó en apego a las condiciones contratadas por la UAM.

La vigencia de la póliza es a partir del 01 de Julio 2021 al 30 Junio 2022



Vivir es increíble®

¿QUÉ HACER EN CASO DE SINIESTRO?

