



# MANUAL DEL ASEGURADO

MENORES FLEX-SALUD3  
INDIVIDUAL



## INDICACIONES

**General de Salud**, Compañía de Seguros, S. A., denominada en adelante como **General de Salud** pone a su disposición el Manual del Asegurado, el cual ha sido diseñado para ofrecerle un instructivo de consulta en un lenguaje sencillo y ameno, teniendo como función principal proveer información acerca del funcionamiento de su Plan de Salud.

El instructivo se ha dividido en tres capítulos que incluye una sección de Guías de Acceso a los servicios, que lograrán el entendimiento del Plan.

<b>Capítulo I. Operación del Plan</b> .....	3
<b>Capítulo II. Principales Servicios Cubiertos y No Cubiertos</b> .....	6
<b>Capítulo III. Acceso A Los Servicios</b> .....	12

Le sugerimos lo siguiente:

- 1) Lea detalladamente las condiciones de su plan, recuerde que su seguro cuenta con limitantes y exclusiones, y algunos padecimientos no están cubiertos o cuentan con periodo de espera.
- 2) Su Tarjeta de Identificación es muy importante y deberá llevarla siempre consigo en caso de una urgencia médica y deberán mostrarla al solicitar cualquier servicio previsto por el Plan, en sus visitas al médico o farmacia.
- 3) Si tiene alguna duda, problema o sugerencia, la línea telefónica INFOSALUD de Atención a Asegurados, está para atenderle:



Atención a Clientes  
**800 72 SALUD**  
**7 2 5 8 3**



## CAPÍTULO I. OPERACIÓN DEL PLAN

### 1. ELECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE SU PLAN DE SALUD.

**General de Salud** pone a su disposición una amplia Red de proveedores para que pueda seleccionar a su Médico de Cuidados Primarios este se hará cargo de su Plan de Salud. En caso de necesitar consultas con especialistas él lo referirá con un especialista autorizado para su tratamiento. Solamente se cubren aquellas consultas o medicamentos prescritos por su Médico.

### 2. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Usted será identificado mediante una TARJETA, la cual deberá llevar siempre consigo en caso de una urgencia médica y deberá mostrarla al solicitar cualquier servicio previsto por el Plan, en sus visitas al médico o farmacia.

Esta Tarjeta incluye: su nombre, Plan de Salud contratado, así como los servicios y copagos correspondientes que lo cubren, y el número de nuestra línea de Atención a Asegurados "INFOSALUD" (Información del Plan de Salud).

En caso de robo o extravío, favor de comunicarse inmediatamente a "INFOSALUD" para su reposición ya que no podrá recibir ningún servicio sin ella. Las reposiciones de la Tarjeta de Identificación tendrán un costo con cargo al Asegurado afectado.

### 3. CITA CON MÉDICOS DE CUIDADOS PRIMARIOS

Las primeras citas con su Médico de Cuidados Primarios y las subsecuentes las solicitará usted mismo directamente con su médico.

Acérquese a ellos para cuidar y mantener su salud.

### 4. FUNCIONES DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS

El Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de la red de Médicos Generales, será el responsable de su atención médica, incluyendo la solicitud de autorizaciones o referencias a Especialistas y prescripción de medicamentos.

Además de proporcionar los servicios cubiertos por su Plan de Salud, otras de las funciones del Médico de Cuidados Primarios son:

Referencias:

- Consultas con Médicos Especialistas.
- Laboratorios de diagnóstico
- Radiografías de diagnóstico
- Sala de urgencias.

Prescripciones:

- Medicamentos



## 5. FUNCIONES DEL ODONTÓLOGO DE CUIDADOS PRIMARIOS

El Odontólogo de Cuidados Primarios es el responsable de mantener la salud de su boca. La razón por la que pueden llegar a perder sus piezas dentales es debido a la caries dental y enfermedad parodontal, cuadros patológicos que se presentan con gran frecuencia en la población mundial, más aún, problemas o enfermedades de su organismo pueden ser originados por no atender y cuidar su salud bucal.

Justamente por la falta de higiene o la forma inadecuada en cómo ésta se lleva a cabo, es que se inician los cuadros patológicos antes mencionados. Su Plan reconoce la importancia de mantener sana su cavidad bucal, por lo que fomenta el que desarrolle el hábito de visitar a su Odontólogo de Cuidados Primarios.

## 6. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Si su médico le proporciona una orden para algún Servicio Auxiliar de Diagnóstico, podrá dirigirse a nuestra red de laboratorios participantes (consultar Red de Proveedores).

Con la orden que le otorgue su médico tratante podrá acudir a estos y recibir los servicios, liquidando únicamente el copago correspondiente al proveedor (consultar carátula de Póliza o bien al reverso de su credencial de identificación).

La Orden de Servicio para un Auxiliar de Diagnóstico tiene una vigencia de diez días hábiles después de la fecha de su expedición.

Para la realización de algunos estudios de diagnóstico (Análisis, Radiografías, Electrocardiograma, Tomografía, etc.), se debe solicitar previamente información relacionada con las condiciones en que se deberán presentar los Asegurados, para la adecuada realización de estos.

En caso de duda comuníquese con su médico tratante o a "INFOSALUD".

## 7. REFERENCIA PARA VISITAR A UN MÉDICO ESPECIALISTA

Dicha referencia al Médico Especialista será elaborada por su Médico de Cuidados Primarios, para lo cual se deberá solicitar la cita correspondiente, con el especialista al que haya sido enviado. Excepto el Médico Ginecólogo, Médico Pediatra, Médico Familiar, Médico Internista y Médico Geriatra que, dada la característica de su especialidad, los pacientes no requieren dicha referencia.

Al finalizar la consulta o la obtención de algún servicio, deberá firmar de conformidad el formato correspondiente (Receta, Orden de Servicio, Informe Médico) **por ningún motivo deberá firmarlo en blanco o por anticipado, siempre debe hacerlo después de haber obtenido el servicio a su entera satisfacción.**

## 8. URGENCIAS MÉDICAS

Al presentarse una situación de urgencia al Asegurado, este se deberá comunicar primero con su Médico de Cuidados Primarios, si no le es posible localizarlo podrá llamar a nuestra línea "INFOSALUD" para recibir orientación sobre cómo manejarla. Si no le es posible hacerlo, favor de acudir a la sala de urgencia de un Hospital Participante en nuestra Red.

Si el Asegurado está inconsciente y fue llevado a un hospital no participante, o su urgencia ocurrió lejos de donde se encuentran nuestros proveedores y el tiempo es crítico, **General de Salud** cubrirá los



servicios de urgencia, aún de los proveedores no participantes, hasta que el Asegurado pueda ser estabilizado y salir o ser transferido a un hospital.

El Asegurado notificará a **General de Salud** tan pronto como le sea posible o antes de 48 horas de haber recibido el tratamiento o su admisión.

Al llegar al área de sala de Urgencias deberá presentar su Tarjeta Identificación como Asegurado de **General de Salud** acompañada de alguna identificación oficial con fotografía.

## **9. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO**

**General de Salud** se compromete a cumplir con su Plan de Salud otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Como Asegurado, usted asume ciertos derechos y responsabilidades que son importantes los conozca:

### **USTED TIENE DERECHO A:**

- Ser tratado de una manera que respete su privacidad y dignidad como persona.
- Recibir asistencia oportuna, de manera cortés y responsable.
- Privacidad y Confidencialidad: todos los servicios a los que acuda se conservarán en profundo respeto, así mismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.
- Seguridad personal: el Asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden, tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su Plan de cuidado de la salud, cualquier exclusión o limitación asociada con éste y sobre cualquier cargo por el cual sea responsable.
- Conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.
- Mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- Ser informado por su médico tratante sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- Ser informado por su médico tratante sobre cualquier tratamiento que pudiera recibir. Su médico debe solicitar su consentimiento para ser sometido a procedimientos, diagnósticos o tratamientos, informándole también de los riesgos, beneficios y alternativas.
- Rehusar el tratamiento y, a ser advertido por su médico de las posibles consecuencias de su decisión.
- Tiene derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en las condiciones generales
- Seleccionar a su médico tratante y hospital, así mismo podrá efectuar cambios cuando lo considere pertinente, mediante el procedimiento estipulado en las condiciones generales.
- Lo alentamos a comentar sus objeciones con su Médico de Cuidados Primarios. Él o ella le advertirá y comentará planes de tratamiento alternativos, pero usted tomará la decisión final.
- Expresar o reclamar acerca del cuidado y/o calidad de su Plan de Salud que **General de Salud** implemente y a recibir respuestas de manera oportuna.

### **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:**

- Comprender completamente la información otorgada por su Plan con respecto a los beneficios otorgados.
- Conocer el uso correcto de los Servicios y Beneficios de su Plan.



- Presentar previamente su Tarjeta de Identificación al recibir los servicios.
- Consultar a su Médico de Cuidados Primarios sobre orientación antes de recibir cualquier otro cuidado médico (a menos que se trate de situaciones que amenacen su vida).
- Respetar y cumplir con las citas programadas y notificar inmediatamente al consultorio médico si llegará tarde o si no le es posible acudir, de ser el caso, por favor, hágalo con 24 horas de anticipación.
- Pagar todos los cargos, si los hay, y/o aquellos servicios no cubiertos o que se hayan determinado improcedentes por preexistencias.
- Seguir los consejos de su Médico de Cuidados Primarios y considerar las posibles consecuencias cuando se rehusé a seguirlos.
- Proveer la información completa y honesta que le sea requerida por aquellos Proveedores que le brinden algún cuidado.
- Saber qué medicamentos está tomando, por qué los está tomando y la forma correcta de hacerlo.
- Expresar sus opiniones, inquietudes y quejas de manera respetuosa y constructiva a las personas apropiadas de **General de Salud** o de la Red de Proveedores.
- Notificar con oportunidad a las oficinas de **General de Salud**, sobre cualquier cambio en dirección, número telefónico y/o correo electrónico.
- Realizar en forma oportuna el pago de su prima de seguro.
- Realizar el pago de los copagos (al momento de recibir el servicio) que correspondan según cada cobertura del Plan contratado.

## 10. PROGRAMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Es importante resaltar el esfuerzo invertido para que todos los servicios brindados por el Plan de **General de Salud** cuenten con estándares de calidad reconocidos. Brindar la atención adecuada donde sobresalga la calidad y calidez en el servicio otorgado es nuestro objetivo fundamental.

## 11. RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES

Usted podrá consultar la red de proveedores actualizada en nuestra página web **www.generaldesalud.mx**, ya que ésta puede variar al integrarse nuevos proveedores. Cabe mencionar que la mayoría de nuestros proveedores se encuentran certificados por las autoridades competentes. Los cambios en la red de prestadores de servicios médicos se estarán actualizando cada quince días hábiles.

## CAPÍTULO II. PRINCIPALES SERVICIOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

El Plan de **General de Salud** le proporciona los siguientes servicios a través de su Red de Proveedores Participantes bajo las condiciones y límites indicados en la carátula de la póliza y las Condiciones Generales de su Plan y que forman parte integral del contrato de seguro:

1. Medicina Preventiva
2. Mantenimiento de la Salud
3. Medicamentos
4. Servicios Auxiliares de Diagnóstico
5. Servicios Odontológicos
6. Urgencias Médicas



## COBERTURA BÁSICA

### 1. MEDICINA PREVENTIVA

**General de Salud** entrega ordenes de servicio de medicina preventiva, que se incorporan a cada paquete de documentos de la póliza con el nombre del asegurado, con los cuales, durante la vigencia de la póliza el Asegurado gozará de los siguientes servicios:

- Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
- Vacunas establecidas por la Secretaría de Salud en el Esquema Nacional de Vacunación. En el caso de la vacuna del Virus de Papiloma Humano se aplicará únicamente a niñas de 10 y 11 años cumplidos.
- Inmunizaciones recomendadas por la Secretaría de Salud para colectividades de riesgo, por ejemplo: mujeres embarazadas, adultos mayores etc.
- Exámenes de detección oportuna dependiendo de su edad y género, los cuales son: Detección oportuna de cáncer ginecológico, (examen de mama, mamografía y Papanicolaou), de cáncer de próstata (examen físico y antígeno prostático en sangre), de cáncer de colon y recto (examen físico y prueba de sangrado microscópico en heces), campañas de detección oportuna de hipertensión arterial, de dislipidemias (determinación de colesterol y triglicéridos en sangre), de Diabetes Mellitus (glucemia en sangre). Al momento de adquirir su póliza se le entregarán las órdenes de servicio de estudios que le corresponden.
- Se incluye el servicio de educación y planificación familiar temporal (dispositivo intrauterino).

Usted podrá elegir entre los proveedores de la Red, para realizar una cita y acudir a ella siguiendo las instrucciones del proveedor, después deberá agendar una cita con su médico de cuidados primarios para la interpretación de resultados, aplicación de vacunas y seguimiento de colocación de dispositivo intrauterino.

Estos servicios aplicarán con el copago estipulado en la carátula de la póliza correspondiente a Medicina Preventiva.

Usted podrá elegir entre los Proveedores participantes de la Red Médica de **General de Salud**, la cual puede consultar actualizada en nuestra página web [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx) (misma a la que se hace referencia en la sección "RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES"), para realizar una cita y acudir a ella siguiendo las instrucciones del proveedor, después deberá agendar una cita con su médico de cuidados primarios para la interpretación de resultados, aplicación de vacunas y seguimiento de colocación de dispositivo intrauterino, todo lo anterior podrá realizarlo mediante la entrega directa de las órdenes de servicio de medicina preventiva.

### **Exclusiones de Medicina Preventiva**

**La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:**

- a) Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- b) Cualquier tipo de aplicación y vacunas para la prevención de salud que no se encuentre en el Esquema Nacional de Vacunación.**
- c) Otros estudios o exámenes que no que no sean convocados para el asegurado.**
- d) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**



## COBERTURAS ADICIONALES

Estas Coberturas con costo adicional están a disposición de nuestros Asegurados para aumentar sus beneficios:

### 1. MANTENIMIENTO DE LA SALUD (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)

Usted podrá acudir con el médico de cuidados primarios que desee, cuenta con la libertad de elegir a su médico, para ayudarlo con su elección **General de Salud** pone a su servicio la red de proveedores que podrá consultar vía internet o telefónicamente, una vez que lo haya seleccionado deberá agendar una cita directamente con el médico.

Si derivado de la consulta su médico de cuidados primarios considera necesario una consulta con un especialista, éste deberá entregar una referencia para acudir con él.

1. **Médico de Cuidados Primarios:** Se considera el Médico General.
2. **Médicos Especialistas:** En caso de que el Asegurado requiera atención especializada, éste deberá ser canalizado por el médico de cuidados primarios mediante una referencia médica. La Póliza amparará únicamente las consultas que sean resultado de una referencia prescrita por el Médico de Cuidados Primarios, excepto el Médico Familiar, Médico Internista, Médico Pediatra, Médico Geriatra, Médico Ginecólogo y Obstetra que, dada la característica de su especialidad, los pacientes no requieren dicha referencia.

Deberá participar con el copago contratado para esta cobertura, el cual se indica en la carátula de la póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

### Exclusiones de Mantenimiento de la Salud.

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

- a) Consultas o tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.
- b) Consultas o tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos.
- c) Consultas o tratamientos médicos para corregir problemas de la vista.
- d) Cualquier tipo de consulta o tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.
- e) Consultas con nutriólogos, acupunturistas, homeópatas y médicos de medicina alternativa.
- f) Exámenes para extensión de certificados de salud.
- g) Consultas con Odontólogos, Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales, endodontales.
- h) No se cubren consultas o tratamientos de especialidad que no hayan sido remitidos por un Médico de Cuidados Primarios, a excepción de las especialidades especificadas en la descripción de la cobertura.





- i) **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

## **2. MEDICAMENTOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

Si durante una consulta su Médico Tratante le prescribe Medicamentos estos estarán amparados por **General de Salud**, hasta la suma asegurada específica y definida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Deberá participar con el copago contratado para esta cobertura, el cual se indica en la carátula de la póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

### **Exclusiones de Medicamentos.**

**La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:**

- a) **Medicamentos del grupo de los antidepresivos, anticonceptivos, tranquilizantes, ansiolíticos, anorexigénicos, tratamientos contra la infertilidad, disfunción sexual, cosmiátricos, fórmulas lácteas y derivados o complementos, productos de higiene personal, aquellos que no estén autorizados por la Secretaría de Salud y todos aquellos medicamentos que se utilicen para el tratamiento de los padecimientos y enfermedades no cubiertos por el Plan.**
- b) **Equipo de complementación diagnóstica y/o terapéutica de autocontrol.**
- c) **Aquellos medicamentos o productos cuya indicación sea dirigida a mejorar la higiene bucodental.**
- d) **Medicamentos que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**
- e) **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.**

## **3. SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

Esta cobertura le ampara los Servicios Auxiliares de Diagnóstico los cuales servirán de apoyo para el diagnóstico de padecimientos, es indispensable que estos sean solicitados por su Médico Tratante , (Análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de rayos X e imagenología, histopatología, estudios audiológicos, pruebas respiratorias, encefalogramas, examen de la vista e isótopos radioactivos)

Deberá participar con el copago contratado para esta cobertura, el cual se indica en la carátula de la póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.



### **Exclusiones de Servicios Auxiliares de Diagnóstico**

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

- a) Estudios que no hayan sido prescritos por el Médico Tratante o que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.
- b) Auxiliares de diagnóstico relacionados con odontología aun cuando hayan sido prescritos y programados por el cirujano dentista.
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la Póliza.

#### **4. SERVICIOS ODONTOLÓGICOS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

Esta cobertura cubre los siguientes servicios odontológicos para el cuidado y mantenimiento de su salud bucal:

1. Consultas al odontólogo, incluye aplicación tópica de flúor en infantes.
2. Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal.
3. Examen oral de diagnóstico y plan de tratamiento.
4. Radiografías periapicales simples.
5. Curación y obturación con Amalgamas o Resinas.
6. Extracciones simples, excepto terceros molares.
7. Drenaje de absceso.
8. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales indispensables a consecuencia de un Accidente, amparado y cubierto por el Plan, siempre y cuando se manifiesten y atiendan dentro de los siguientes treinta días de ocurrido el Accidente y su atención sea exclusivamente dentro del consultorio dental.

Deberá participar con el copago contratado para esta cobertura, el cual se indica en la carátula de la póliza. En caso de que el Asegurado sufra un Accidente, éste quedará exento del Copago correspondiente.

### **Exclusiones de Servicios Odontológicos.**

La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:

- a) Cualquier procedimiento que no se encuentre dentro de la descripción de la cobertura.
- b) Implantes dentales.
- c) En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.

#### **5. URGENCIAS MÉDICAS (Aplicable sólo en el caso de estar contratada y se indique en la carátula de la póliza)**

Mediante esta cobertura **General de Salud** cubrirá los Honorarios médicos y gastos generados por la atención de una urgencia médica hasta la Suma Asegurada contratada y que se especifica en la carátula



de la póliza, deberá ser atendido por los médicos pertenecientes al rol de urgencias definidos en los hospitales.

La Urgencia y los efectos de esta cobertura se terminarán cuando:

1. Se estabiliza y se controla la condición patológica del Asegurado al expedirse el alta del servicio de urgencia por el médico tratante.
2. Al contar con una alta voluntaria por parte del Asegurado.
3. En el caso de que la urgencia médica derive en una hospitalización.

Usted deberá participar con el copago contratado para esta cobertura, el cual se indica en la carátula de la póliza. En caso de que la urgencia médica se derive de un Accidente cubierto, el copago se reducirá en un 50% del contratado para esta cobertura.

### **Exclusiones de Urgencias Médicas.**

**La presente cobertura no ampara los gastos que se originen por:**

- a) **Servicios que no se consideren una urgencia médica.**
- b) **Ambulancia.**
- c) **En los demás casos contemplados en las Exclusiones Generales de la póliza.**

## **6. EXCLUSIONES GENERALES**

**El Plan no cubre los gastos que se originen por:**

- a) **Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta, cualquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.**
- b) **Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como el tratamiento médico o quirúrgico de endometriosis y aquellos de carácter estético o plástico.**
- c) **Tratamientos médicos a base de hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.**
- d) **Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**
- e) **Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquia y cualquier tratamiento y/o trasplante de córnea.**
- f) **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Asegurado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad.**

- g) Lesiones sufridas por el Asegurado cuando participe como conductor u ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.**
- h) Padecimientos o lesiones por Accidente o enfermedad que ocurran por culpa grave del Asegurado.**
- i) Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio, mutilación o lesiones voluntarias, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- j) Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, radioactividad o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional. Asimismo, se excluye el terrorismo cuando el Asegurado participa como sujeto activo del mismo.**
- k) Servicios médicos como consecuencia inmediata de pandemias y epidemias.**
- l) Acontecimientos catastróficos originados por reacciones o accidentes nucleares; químicos, biológicos o bacteriológicos y/o fenómenos naturales y pestes;**
- m) Los Accidentes o enfermedades que sufra el Asegurado como consecuencia o estando bajo los efectos o influjos de cualquier sustancia estimulante o depresora del sistema nervioso central sin importar el grado o concentración de éstas y que en forma enunciativa corresponden a alcohol y drogas.**
- n) Tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, macrobióticos y cualquier otra medicina considerada como alternativa o complementaria.**
- o) Cualquier tipo de tratamiento que tenga como objetivo el control o cura de cualquier tipo de adicción.**

### **CAPÍTULO III. ACCESO A LOS SERVICIOS**

A continuación, comentamos algunos conceptos claves para la correcta obtención de los servicios.

#### **1. COPAGOS**

Los copagos son determinados por el Plan que el Contratante haya seleccionado, este aplica para el Asegurado. La lista detallada de los servicios que requieren copago la encontrará en la Carátula de la Póliza. En caso de accidente los copagos quedarán exentos, excepto en la cobertura de Urgencias Médicas, ya que, en este caso, el copago se reducirá en un 50% del contratado para esta cobertura.



## 2. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES

### a) SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES PARTICIPANTES EN LA RED

Beneficio mediante el cual **General de Salud** pagará directamente a los Proveedores, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados, cubiertos por este Plan de Salud. Para efecto de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de nuestra Red, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio.

Invariablemente el Asegurado deberá pagar al prestador del servicio, el copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado (Ver carátula de la póliza).

**I. Proveedores Médicos:** **General de Salud** cubrirá al profesional los honorarios establecidos previamente, el Asegurado será responsable de cubrir al proveedor el copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

**III. Servicios Auxiliares de Diagnóstico:** **General de Salud** pagará directamente los servicios utilizados por el Asegurado en laboratorios y otros centros de diagnóstico a los que haya sido referido por médicos de la Red de Proveedores del Plan de Salud, debiendo presentar la orden de servicio y credencial; el Asegurado, por su parte solo cubrirá al proveedor el copago que corresponda de acuerdo con el Plan de Salud contratado.

**IV. Farmacias:** **General de Salud** liquidará al proveedor el monto exclusivamente por medicamentos prescritos por el Médico de Cuidados Primarios, y que consten en el formulario respectivo, quedando a cargo del Asegurado el importe del copago correspondiente de acuerdo con el Plan de Salud contratado. Los gastos incurridos con proveedores fuera de la Red del Plan de Salud se pagarán exclusivamente a través del Sistema de Pago por Reembolso, considerando los requisitos y condiciones especificados en el apartado respectivo.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **General de Salud**, a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **General de Salud**.

### b) SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Este sistema de pagos es aplicable cuando los gastos de los servicios cubiertos por el Plan de Salud se han efectuado con un proveedor no participante y por lo tanto liquidado por el Asegurado directamente a dicho proveedor de servicios.

Es obligación del Asegurado, salvo caso fortuito o fuerza mayor, dar aviso por escrito a **General de Salud** en el curso de los primeros cinco días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

El Pago por Reembolso estará limitado a la tabla de los aranceles convenidos entre **General de Salud** y el proveedor (la que se puede consultar en nuestra página de internet [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx)) y se hará, sólo en los casos donde se justifique que los servicios prestados por proveedores fuera de convenio fueron utilizados debido a causas de urgencia, donde el estado de salud del Asegurado no le permitió llegar a un Proveedor Participante o EL PROVEEDOR no le haya brindado la atención necesaria previstos en este contrato, por saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

Se entenderá por error de diagnóstico, cuando el Asegurado haya asistido previamente con un proveedor participante y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de proveedores, por la misma urgencia médica.



Los reembolsos que resulten conforme a este Sistema serán liquidados, una vez analizada y autorizada la Reclamación, previa deducción de los copagos correspondientes y de acuerdo con los aranceles vigentes de **General de Salud** en la plaza.

General de Salud tendrá un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de haber recibido el aviso y la documentación que se indica en la presente sección “SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO” para realizar el pago, dicho plazo empezará a correr desde la fecha en que General de Salud haya recibido los documentos y la información que le permita conocer el fundamento de la reclamación, de acuerdo con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Los gastos erogados por reclamaciones procedentes ocurridas durante la vigencia de la Póliza se reembolsarán hasta el agotamiento de la Suma Asegurada contratada.

Todos los reembolsos cubiertos por el Plan de Salud serán liquidados a cada Asegurado o a quien éste haya autorizado para tales efectos mediante la presentación de carta poder, en las oficinas de **General de Salud**.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **General de Salud**, a causa de omisión, inexacta declaración, improcedencia o negligencia por parte del asegurado, obliga a éste a reintegrar dicho pago a **General de Salud**.

#### **c) PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE RECLAMACIONES AL NO UTILIZAR NUESTRA RED DE PROVEEDORES (PROCESO DE REEMBOLSO)**

En toda reclamación deberá comprobarse a **General de Salud** y por cuenta del Asegurado, la realización del evento que origina la reclamación.

El Asegurado o sus representantes deben comunicar por escrito o por correo electrónico de acuerdo con lo indicado en el apartado “Comunicaciones” de las Condiciones Generales a **General de Salud** la realización del evento que origina la reclamación dentro de los primeros cinco (5) días, salvo caso fortuito o fuerza mayor.

Para que estos gastos sean reembolsados, será necesario que el Asegurado Titular presente la siguiente documentación, debidamente requisitada, en las oficinas de **General de Salud** o a través de los medios electrónicos indicados en los Términos y Condiciones que el Asegurado podrá consultar en la página [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx) y, que la Póliza se encuentre vigente en la fecha en la que se otorgó el servicio:

**I. Aviso de Accidente o Enfermedad**, debidamente llenado y requisitado en forma completa y legible por el Asegurado que recibió la atención médica o por el Asegurado Titular.

**II. Informe Médico y copia de la Historia Clínica completa**, éstos deben ser debidamente contestados con claridad por cada uno de los médicos que atendieron al Asegurado que recibió la atención médica, poniendo especial atención en el diagnóstico que emite y en las fechas que se solicitan, por lo tanto, se anexarán tantos informes como Médicos hayan participado.

**III. Original de todos los Estudios y Comprobantes de Pago respectivos**, a nombre del Asegurado que recibió la atención médica o a nombre del Asegurado Titular, (facturas del hospital, recibos de honorarios de médicos, enfermeras, ayudantes y factura de farmacia acompañadas de la receta correspondiente, estudios realizados, etc.).



- IV. **Acta del Ministerio Público, en caso de accidente** con afectación a terceros o en caso de ser en la vía pública, en aquellos casos en los que intervenga la autoridad correspondiente, se requerirá copia certificada o autenticada de las constancias integradas ante el Ministerio Público.
- V. **Identificación oficial.**
- VI. **Resumen de atención en hoja membretada del hospital.**
- VII. **Comprobante de domicilio.**
- VIII. **Formato de identificación del cliente**
- IX. **Formato de pago por transferencia electrónica**
  
- X. **Carátula del Estado de cuenta bancario donde se muestre el Nombre del beneficiario y la cuenta CLABE**

Los recibos por honorarios profesionales de médicos deberán ser expedidos con los requisitos fiscales, debiendo portar la firma del prestador directo del servicio al que se refieran. Los documentos señalados en los incisos II), III), y V) se solicitarán en copia simple y únicamente el original de los mismos para cotejo. En caso de presentar dos reclamaciones simultáneas, se deberán requisitar un Informe Médico y Aviso de Accidente o Enfermedad por cada paciente o padecimiento.

En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se deberán entregar nuevamente los Informes del Médico y el Aviso del Asegurado.

Para pago por Reembolso el Asegurado tendrá derecho de elegir médicos distintos a los de la red de proveedores contratados por **General de Salud** mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de **General de Salud** y el costo del servicio que le preste el médico.

En aquellos casos en que el Asegurado acuda con médicos fuera de la Red de Proveedores de Servicios, **General de Salud** quedará liberada de toda responsabilidad civil presente o futura, en relación con la atención médica, hospitalaria, de enfermeras y ayudantes, farmacias, medicamentos, laboratorios y todo lo que se encuentre fuera de los servicios que proporciona **General de Salud** a través de sus redes de proveedores.

En aquellos casos en los que el Asegurado reciba la atención fuera del lugar declarado como de residencia, el pago de los siniestros correspondientes se ajustará al valor de los aranceles de la plaza en que fue declarada dicha residencia.

Los formatos de reclamación podrán ser consultados a través de la página web de **General de Salud** [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx).

### 3. QUEJAS

En caso de queja:

- 1) El Asegurado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de **General de Salud** o ante cualquiera de sus encargados en las diferentes sucursales u oficinas.





- 2) Dicha reclamación deberá realizarse por escrito.
- 3) **General de Salud** a través del titular de su Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones, deberá dar respuesta por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la queja.

En caso de requerir alguna consulta ante la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones:

- 1) El Asegurado o contratante deberá acudir ante el titular de la Unidad Especializada en Atención de Consultas y Reclamaciones de **General de Salud** o ante cualquiera de sus encargados en las diferentes sucursales u oficinas.
- 2) La consulta podrá hacerse por escrito o en forma verbal, dándose respuesta inmediata a la misma, en caso de requerirse respuesta por escrito y que así lo considere necesario la Unidad Especializada, ésta tendrá un plazo de treinta días hábiles para dar respuesta, contados a partir de la fecha de recepción de la consulta.

#### 4. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

De acuerdo con lo estipulado en el artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Asegurado deberá comunicar a **General de Salud** las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del Seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozcan. Si el Asegurado omitiera el aviso o si provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **General de Salud** en lo sucesivo. Si el Asegurado no cumple con dichas obligaciones, **General de Salud** no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones de acuerdo con el artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En aquellos casos en que el Asegurado no cumpla con las campañas de Medicina Preventiva o haga caso omiso del tratamiento y sugerencias médicas que se le proporcionen, **General de Salud** podrá considerar que el Asegurado incurre en una agravación de riesgo.

#### 5. COMPLEMENTARIA DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO (OFAC)

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, o que resulte dubitativa por considerarse que pudiere favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta, disposición Septuagésima o Septuagésima Primera o disposición





Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **General de Salud** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante (s), Asegurado (s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

**General de Salud** consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

## **6. LOCALIZACIÓN DE LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS Y COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF).**

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con el seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud al teléfono a 55.52.70.80.00 extensión 8883 y 8806, y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico [atencionaclientes@gsalud.com.mx](mailto:atencionaclientes@gsalud.com.mx); o visite [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx)

También puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en la dirección Avenida Insurgentes Sur Número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México y/o al Centro de Atención Telefónica a los teléfonos 555340 0999 y 800 99 98080, y/o al correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de mayo de 2024, con el número CNSF-H0707-0015-2024/ CONDUSEF-006411-01.**