



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

Bienvenido a nuestro seguro INS Medical donde Usted podrá recibir atención médica tanto dentro, como fuera del país, **las veinticuatro (24) horas del día los siete (7) días de la semana**, con la seguridad y el respaldo del INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS.

Para utilizar las coberturas que ofrece el Instituto con este seguro, es recomendable realizar una cuidadosa lectura de las condiciones generales de la póliza, donde se detallan los beneficios, coberturas y topes máximos asegurados. El uso de los servicios implica, por parte del Asegurado o del beneficiario, el conocimiento y aceptación de dichas Condiciones Generales.

Los beneficios cubiertos bajo la presente póliza serán pagados directamente a la Red de Proveedores, a excepción de los siguientes casos, los cuales serán pagados por reembolso:

1. Cuando el Asegurado requiera servicios médicos de forma ambulatoria y no utilice la Red de Proveedores.
2. Cuando el Asegurado requiera los servicios de hospitalización y no haya utilizado la Red de Proveedores.
3. Cuando el Asegurado ha efectuado el pago de los servicios directamente.
4. Cuando el Asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por el Instituto. A pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

A. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O POR ACCIDENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Estas coberturas funcionarán por pago directo, previa comunicación con el Administrador de Servicios Médicos. El proveedor médico debe solicitar la pre-autorización correspondiente para que se reconozca el pago del reclamo por el sistema de pago directo.



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

Para la elección de un proveedor afiliado a la Red de Proveedores puede consultar el listado correspondiente actualizado en el sitio www.ins-cr.com o comunicarse al 800-MEDICAL (800-633 42 25) ó al 2284-8500.

Los gastos ambulatorios por accidente incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos al cien por ciento (100%) sin la aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones de este anexo. El Proveedor Médico debe solicitar la pre-autorización correspondiente, para que se reconozca el pago del reclamo por el sistema de pago directo.

Para las atenciones ambulatorias, el Asegurado o el médico proveedor deberá comunicarse telefónicamente con el Administrador de Red para la autorización de la consulta correspondiente. En caso de requerir tratamientos adicionales, el médico proveedor deberá remitir al Administrador de Red el formulario Solicitud de Beneficios debidamente cumplimentado para la autorización correspondiente.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor debe solicitar la pre-autorización médica y reportar el caso al número telefónico: 800-MEDICAL (800-633-4225). De esta forma el Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos y usted deberá asumir el deducible y coaseguro que correspondan, de acuerdo a lo estipulado en este anexo.

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá llamar al 800-MEDICAL o al 2284-8500, ó enviar un fax al 2243-9968, o entregar en el Instituto el formulario "Solicitud de pre-autorización para hospitalizaciones", debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

Dicha solicitud debe ser enviada con un mínimo de cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes realizados que justifiquen la necesidad del procedimiento, tratamiento o cirugía recomendada. Dentro del plazo indicado el Instituto brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización al proveedor afiliado que corresponda.



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

Para los efectos del Instituto, una cirugía programada o electiva es aquella que aún cuando es médicamente necesaria y recomendable que se practique, no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.

Para ambas coberturas (hospitalaria y ambulatoria), el Instituto pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, tomando en consideración que Usted deberá asumir el deducible y coaseguro estipulados en este anexo y cualquier otro gasto no cubierto, no debiendo el Asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.

Cuando el Asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente o ésta no ha sido aprobada por el Instituto, a pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores, el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA Y/O POR ACCIDENTE FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Si escoge ser atendido por un profesional o centro médico no afiliado a la Red de Proveedores, deberá presentar al Instituto las facturas por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados del mercado.

En caso de accidente, Usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención médica brindada y presentar el reclamo por reembolso al Instituto. Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%) sin la aplicación del deducible ni coaseguro. Los gastos ambulatorios restantes serán reconocidos de acuerdo con las condiciones de este anexo.

Si a consecuencia del accidente se requiera hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones de este anexo.



**SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (COLECTIVO)**

1. REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS POR REEMBOLSO PARA ATENCIONES TANTO FUERA COMO DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

En los casos en que el (los) Asegurado (s) haya efectuado los pagos directamente al Proveedor, deberá presentar al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio y/u hospitalario los requisitos que se indican en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN EL RESTO DEL MUNDO

A. COBERTURA DE EMERGENCIAS

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia, ya sea por accidente o enfermedad o cualquiera de los beneficios enumerados en la **Cláusula Cobertura Especial de Emergencias durante viajes en el extranjero de la póliza**; usted puede acudir con el Administrador de Servicios Médicos llamando a los siguientes números telefónicos:

Números Gratuitos

1 844 865 0804 **USA**

900 995 484 **España**

Números Directos

+1 (407) 264-7118 **USA**

(091) 189-5152 **ESPAÑA**

+1(407) 264-7118 **Canadá/ Caribe/ Resto de las Américas***

+34 (91)189-5152 **Europa/ Resto del mundo***

*Por favor, sírvase llamar para cobrar vía operadora internacional si este servicio se encuentra disponible desde donde usted llama. Si no logra contactarse con ninguna de estas líneas, utilice como alternativas las líneas **+1(305) 590-8016 y/o +34 (91)593-4227.**

Asimismo puede utilizar el correo electrónico: insinternacional@ins-cr.com

Para conocer las demás líneas para solicitar asistencia, por favor ingrese a www.ins-cr.com

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

- a. Su nombre y apellido.



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

- b. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- c. Plan de Seguro de INS Medical que posee (Internacional).
- d. Número de póliza (se encuentra anotado en su tarjeta de acreditación).
- e. Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.

La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante pago directo.

NOTA IMPORTANTE: Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos **NO están sujetos a reembolso**, por lo que deberá coordinarse directamente con el Administrador de Servicios Médicos:

- a. Evacuación y/o repatriación por razones médicas.
- b. Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad.

Los gastos incurridos por Asistencia Médica de emergencia por accidente o enfermedad se reembolsarán de acuerdo con las condiciones del contrato, para lo cual deberá presentar al Instituto los requisitos indicados en la Cláusula Presentación de Reclamos de las Condiciones Generales.

En el caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, usted u otra persona deberá comunicarse con el Administrador de Servicios Médicos o el Instituto durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.

B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO

Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan para la atención en Costa Rica, según lo expuesto en el apartado A de la Utilización del Seguro en Costa Rica de este procedimiento, siempre y cuando se informe al Administrador de Servicios Médicos o al Instituto, a los teléfonos o el correo electrónico citado anteriormente.

C. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN EL EXTRANJERO



**SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL
PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO
ANEXO #2 (COLECTIVO)**

Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria con un Proveedor no Afiliado a la Red de Proveedores, deberá ser cancelada en su totalidad y presentar para su reembolso al Instituto dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, esto de acuerdo a los requisitos citados en la Cláusula Requisitos de Reclamos de las Condiciones Generales.

LIQUIDACIÓN DE GASTOS Y PAGO DE BENEFICIOS

A. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

1. Costa Rica y Centro América:

Cuando el Asegurado sea tratado en forma ambulatoria en Costa Rica y en cualquier otro país de Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 10 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y acostumbrados.

2. Resto del mundo:

Cuando el Asegurado sea tratado en forma ambulatoria en otro país del mundo, que no sea Costa Rica o Centro América, en una clínica afiliada a la Red de Proveedores, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 20 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos razonables y acostumbrados.

B. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

1. Costa Rica y Centro América:



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

En los casos en que el Asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores en Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 20 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.

2. Resto del mundo:

En los casos en que el Asegurado no haga uso de una clínica afiliada a la Red de Proveedores fuera de Costa Rica o Centro América, los gastos se liquidarán de la siguiente forma:

- i. Por cada visita médica se aplicará US\$ 30,00 de deducible.
- ii. Por los demás gastos ambulatorios, el Instituto reembolsará el ochenta por ciento (80%) de los costos razonables y acostumbrados.

Si el Asegurado recibe una indemnización por parte del Instituto que excede el importe que le corresponde, estará obligado a devolver de inmediato al Instituto la suma excedente; caso contrario, el Instituto deducirá dicha suma de otra cuenta por saldar que exista entre el Asegurado y el Instituto.

Las atenciones bajo el sistema de la Red de Proveedores deberán ser coordinadas y autorizadas por el Instituto y el Administrador de Servicios Médicos con anticipación, debiendo el Asegurado asumir el deducible y coaseguro estipulado.

C. HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

1. Costa Rica y Centro América:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización en Costa Rica y Centro América, siempre que ésta se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y se coordine con el Administrador de Servicios Médicos, de la siguiente manera:

La liquidación de gastos para cada hospitalización será: de los primeros US\$ 5.000,00 se reconocerá el noventa por ciento (90%) de los costos



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 5.000 se cubrirá en un cien por ciento (100%).

Se aplicará el deducible correspondiente al costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos). Este deducible aplica para cada hospitalización.

En caso de que el (los) médico (s) que realiza (n) el procedimiento es un proveedor no afiliado a la red, los honorarios se liquidarán de acuerdo con las condiciones del punto D. Hospitalización fuera de la red de proveedores, de este anexo.

2. Resto del mundo:

El Instituto reconocerá los gastos por hospitalización en el resto del mundo, siempre que la hospitalización se realice en un hospital afiliado a la Red de Proveedores y coordinado con el Administrador de Servicios Médicos. En estos casos, para cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000 se reconocerá el ochenta por ciento (80%) de los gastos y en exceso de los US\$ 20.000 se cubrirá en un cien por ciento (100%).

Se aplicará un deducible correspondiente al valor del primer día la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos). Este deducible aplica para cada hospitalización.

En caso de que el (los) médico (s) que realiza (n) el procedimiento es un proveedor no afiliado a la red, los honorarios se liquidarán de acuerdo con las condiciones del punto D. Hospitalización fuera de la red de proveedores, de este anexo.

Para ninguno de los casos de hospitalización se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

D. HOSPITALIZACIÓN FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

1. Costa Rica y Centro América:

En el caso de que el Asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y no haya hecho la coordinación con el Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en Costa Rica o Centro América



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

y decida pagar sus gastos directamente, el Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización, de los primeros US\$ 20.000 de los gastos razonables y acostumbrados al ochenta por ciento (80%) y el exceso de esos US\$ 20.000 será cubierto al cien por ciento (100%), de acuerdo con lo razonable y acostumbrado, aplicando un deducible del costo del primer día de la tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos), con un mínimo de US\$ 200.

Se limita el beneficio para cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US \$800 y en el cuarto normal máximo US\$ 400.

2. Resto del mundo:

En el caso de que el Asegurado no haga uso de un hospital afiliado a la Red de Proveedores y del Administrador de Servicios Médicos para una hospitalización en el resto del mundo, decidiendo pagar sus gastos directamente:

El Instituto efectuará el reembolso por cada hospitalización del setenta por ciento (70%) sobre los primeros US\$ 20.000 de gastos razonables y acostumbrados y el exceso de esos US\$ 20.000 se reembolsará a un cien por ciento (100%), aplicando un deducible del costo del primer día de tarifa de habitación, de acuerdo al servicio utilizado (normal o cuidados intensivos) con un mínimo de US\$1.000.

El beneficio se limita a cubrir el costo de la tarifa diaria de cuarto, en la unidad de cuidados intensivos máximo US\$ 1.500 y en el cuarto normal máximo US\$ 1.000.

Para ninguno de los casos de hospitalización, se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

En caso de que Usted o el comité médico asesor del Instituto requiera de una evaluación adicional de su caso, se podrá solicitar una Segunda Opinión



SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO ANEXO #2 (COLECTIVO)

Médica. En caso de que sea usted quien solicita la segunda opinión médica deberá:

1. Llenar el formulario denominado “Solicitud de Segunda Opinión”, adjuntando el original de la historia clínica y presentarlo al Instituto.
2. Adjuntar a la “Solicitud de Segunda Opinión Médica” los resultados de los exámenes físicos y antecedentes médicos del paciente.
3. Presentar todas las radiografías, angiografías, tomografías o exámenes actuales que estén relacionados con el caso.
4. De ser posible enviar disquetes, videos de endoscopías, o cassettes de ecocardiografías. Estos deberán tener –preferiblemente- formato NST para agilizar una respuesta.
5. En todos los casos donde el diagnóstico patológico ha sido el factor principal o que al menos ha tenido un papel importante en el diagnóstico del paciente, deberá presentar diapositivas de patología que tengan muestras de tejido o exudado para la histopatología y cualquier información respectiva.
6. Dicha solicitud será valorada por nuestros médicos asesores y si ésta procede, se le otorgarán las opciones de clínicas y médicos a las que Usted puede tener acceso, ya sea en Costa Rica o en el extranjero.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número **P16-35-A01-072-V3** de fecha **20 de noviembre del 2013**.