



## ANEXO N°2

Bienvenido a nuestro seguro INS Medical donde usted podrá recibir atención médica tanto dentro, como fuera del país, **las veinticuatro horas del día los siete 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.

### ACUMULACIÓN DEL DEDUCIBLE ELEGIDO

Tal y como lo establece la póliza, el deducible elegido por usted es anual y por persona, y éste debe ser acumulado con las facturas de gastos cubiertos por la póliza, presentadas durante la vigencia anual de su seguro. Una vez que se supere el deducible elegido, se procederá al pago de los reclamos siguientes.

El deducible elegido se reducirá con importes que no excedan lo razonable y acostumbrado, de la siguiente manera:

Usted deberá presentar al Departamento de Accidentes y Salud, el Formulario de Facturación y Detalle de Reclamación correspondiente, con todas las facturas originales de las consultas y tratamientos indicados por el médico, ya sean estos ambulatorios y/u hospitalarios y que estén cubiertos por el seguro.

El Departamento de Accidentes y Salud efectuará el análisis y la “liquidación” correspondiente, con base en los gastos cubiertos por la póliza, de cada uno de los reclamos presentados y llevará así, un control de la acumulación del deducible.

Una vez que se haya alcanzado el deducible escogido, usted deberá presentar los requisitos que se enumeran en el punto N° 5 de este procedimiento, para que el INSTITUTO proceda a pagar los siguientes gastos incurridos por usted, en eventos cubiertos por el seguro.

### UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN COSTA RICA

#### 1. ATENCIÓN AMBULATORIA Y /O POR ACCIDENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Mediante este sistema usted podrá elegir la clínica, el médico, el laboratorio o la farmacia de su preferencia y presentar su tarjeta de identificación de INS Medical, para que se le otorgue el descuento negociado, los pagos por este servicio serán mediante reembolso. 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](http://www.ins-cr.com) ó comunicarse al 800-MEDICAL (800-633 4225).

Con esta modalidad, usted deberá pagar al Proveedor la suma que corresponda y el INSTITUTO efectuará el reembolso, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones de la póliza, debiendo presentar al Departamento de Accidentes y Salud, dentro de los 60 días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio, los requisitos que se anotan en el punto 5 de este procedimiento.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras 24 horas, serán cubiertos íntegramente, una vez superado el deducible elegido por el asegurado. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato. El Proveedor Médico deberá solicitar la pre-autorización correspondiente, para que se reconozca el reclamo por el sistema de pago directo.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato. Durante las primeras 48 horas de ocurrido el accidente, el proveedor deberá 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, una vez superado el deducible y usted deberá asumir el coaseguro que corresponda, de acuerdo con lo estipulado en el contrato.

## 2. ATENCIÓN AMBULATORIA 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, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su tarjeta de identificación. Posteriormente deberá presentar al Departamento de Accidentes y Salud, 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 brindada y presentar el reclamo por reembolso al "INSTITUTO". Los gastos ambulatorios incurridos durante las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al 100% , una vez superado el deducible elegido. Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.

Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores.

## 3. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

Cuando requiera atención médica hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá enviar a los números de fax 243-9918 ó 287-6007, o entregar en el Departamento de Accidentes y Salud del INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS, el formulario de Solicitud de pre-autorización para hospitalizaciones, debidamente cumplimentado y con la orden de hospitalización del médico tratante.

La solicitud debe ser enviada con un mínimo de 05 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.

El "INSTITUTO" brindará confirmación por escrito de la evaluación de la pre-autorización al proveedor afiliado que corresponda.

El "INSTITUTO" pagará directamente al Proveedor Afiliado por los gastos incurridos, una vez superado el deducible. El asegurado deberá asumir el coaseguro estipulado en el contrato y cualquier otro gasto no cubierto, no debiendo el asegurado pactar ni pagar honorarios adicionales.

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.

Cuando el asegurado no solicita la pre-autorización correspondiente ó 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.

#### 4. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA FUERA DE LA RED PROVEEDORES

Bajo esta modalidad deberá cancelar todos los gastos incurridos por la hospitalización y el (los) procedimiento(s) efectuado(s) y presentar todos los documentos para reembolso al Departamento de Accidentes y Salud, dicho reembolso se efectuará de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados, y una vez superado el deducible elegido.

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

El "INSTITUTO" efectuará el reembolso de los gastos cubiertos, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones de la póliza, debiendo presentar al Departamento de Accidentes y Salud, dentro de los 60 días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, lo siguiente:

- a. Formulario de reclamación y detalle de facturación debidamente cumplimentado, tanto por el médico tratante como por el asegurado.
- b. Originales de las facturas canceladas de los gastos efectuados por honorarios médicos y otros servicios. Las facturas por medicamentos y exámenes médicos deberán ser sustentadas con las respectivas recetas y/o prescripciones médicas.
- c. De haberse requerido análisis, radiografías o exámenes especializados, se debe adjuntar copia de los resultados.

Presentada esta documentación y encontrada conforme, se efectuará el pago de los beneficios; o bien, se comunicará por escrito la declinación del reclamo.

### UTILIZACIÓN DEL SEGURO EN EL EXTRANJERO

#### A. COBERTURA ESPECIAL 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 XVIII, del contrato; usted puede acudir con el Administrador de Servicios Médicos llamando a los siguientes números telefónicos:

Gratis, dentro de U.S.A.	1 (888) 744 06 77
Por cobrar, si es fuera de U.S.A.	(305) 994 79 89
Si el operador no tiene convenio para llamadas por cobrar (*)	(305) 994 79 89
Fax	(305) 463 04 14

(\*) En algunos países la empresa telefónica no ofrece servicio de llamadas por cobrar, por lo que la llamada no se permite. En este caso, el asegurado debe hacer una llamada directa al número indicado; o bien, puede comunicarse escribiendo a la siguiente dirección electrónica: [info@imcscostarica.com](mailto:info@imcscostarica.com)

Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

- a. Su nombre y apellido.
- b. Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- c. Plan de Seguro de INS Medical que posee .
- 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 enumerados en el punto 5 anterior.

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 en la atención en Costa Rica, según lo expuesto en los apartados 1 y 3 de la Utilización del Seguro en Costa Rica de este procedimiento, siempre y cuando se informe al Administrador de Servicios Médicos o al Departamento de Accidentes y Salud del "INSTITUTO", a los teléfonos o el correo electrónico citado anteriormente.

Dentro de la Red de Proveedores, la atención ambulatoria funciona por pago directo, previa comunicación con el Administrador de Servicios Médicos a los teléfonos que se señalan en el aparte A.

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

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 al Departamento de Accidentes, dentro de los 60 días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, las facturas para su reembolso, de acuerdo a los requisitos citados en el punto 5 anterior.

### **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 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 Departamento de Accidentes y Salud.
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.