

## **SEGURO INS MEDICAL INTERNACIONAL GRANDES DEDUCIBLES PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO**

**Vigentes a partir del 15 de marzo del 2010.**

Bienvenido a nuestro seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles 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,**

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 las coberturas y topes máximos asegurados. El uso de los servicios implica, por parte del Asegurado, el conocimiento y aceptación de dichas Condiciones Generales.

### **ACUMULACIÓN DEL DEDUCIBLE ELEGIDO**

Según lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza, el deducible elegido es anual y por Asegurado. El deducible elegido se reducirá con importes que no excedan el costo razonable y acostumbrado del mercado, de la siguiente manera:

1. El (los) Asegurado (s) deberá presentar al Instituto los siguientes documentos:

- a. Formulario "Solicitud de Beneficios" debidamente cumplimentado.
- b. Facturas originales (las fotocopias no se consideran documentación válida).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes.

2. El Instituto efectuará el análisis de cobertura de los gastos y en caso de ser objeto de cobertura se acumularán dichos gastos con el fin de alcanzar el monto de deducible elegido por el Asegurado. Así mismo el Instituto llevará un control de la acumulación del deducible.

3. Una vez que los gastos acumulados alcancen el monto del deducible elegido, deberá presentar los requisitos indicados en el apartado N° 5 de este procedimiento y el Instituto realizará el reembolso de los gastos incurridos en eventos cubiertos por el seguro.

### **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 Internacional Grandes Deducibles, 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 Afiliado la suma que corresponda y el Instituto efectuará el reembolso, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones de la póliza, debiendo presentar al Instituto, dentro de los sesenta

(60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio, los requisitos que se anotan en el apartado 5. Requisitos para la Presentación de Reclamos por Reembolso para Atenciones tanto fuera como dentro de la Red de Proveedores de este procedimiento.

Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (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 Afiliado 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 cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el Proveedor Afiliado 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.

### **3. ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O POR ACCIDENTE FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES**

Si escoge ser atendido por un Proveedor no Afiliado a la Red, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su tarjeta de identificación

Posteriormente deberá presentar al Instituto los documentos indicados en el apartado 5 Requisitos para la Presentación de Reclamos por Reembolso para Atenciones tanto fuera como dentro de la Red de Proveedores de este procedimiento por los gastos incurridos para el debido reembolso, los cuales se indemnizarán de acuerdo con el costo razonable y acostumbrado 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 veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (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.

### **4. 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 2243-9918 ó 2287-6007, o entregar al Instituto 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 cinco (5) días hábiles de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos 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 preautorización

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.

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

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

## **6. 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 Instituto, dentro de los sesenta (60) días de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, lo siguiente:

- a. Formulario Solicitud de Beneficios debidamente cumplimentado, tanto por el médico tratante como por el asegurado.
- b. Facturas originales (las fotocopias no se consideran documentación válida).
- c. Prescripciones y recetas médicas.
- d. Resultados de los exámenes.

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

### **A. COBERTURA DE EMERGENCIAS**

#### **B.**

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 Coberturas, inciso Gastos médicos sujetos a condiciones especiales, apartado Emergencia durante viajes en el extranjero del contrato de seguro**; 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: [service@redbridge.cc](mailto:service@redbridge.cc)

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 (Internacional Grandes Deducibles).
- 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 apartado 5 Requisitos para la Presentación de Reclamos por Reembolso para Atenciones tanto fuera como dentro de la Red de Proveedores de este procedimiento.

En el caso 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 LOS DEMÁS PAÍSES**

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 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 de la Utilización del Seguro en los demás países.

### **C. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES EN LOS DEMÁS PAÍSES**

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 Instituto, dentro de los sesenta (60) días naturales de iniciado el tratamiento médico ambulatorio u hospitalario, los documentos para su reembolso, de acuerdo a los requisitos citados en el apartado 5 Requisitos para la Presentación de Reclamos por Reembolso para Atenciones tanto fuera como dentro de la Red de Proveedores de este procedimiento.

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 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.