
BMI COLOMBIA

CONDICIONES PARTICULARES PÓLIZA DE SEGURO DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍAS

LAS PRESENTES CONDICIONES PARTICULARES APLICAN PARA TODAS LAS PÓLIZAS EMITIDAS CUANDO LA CIRUGÍA CUBIERTA CORRESPONDA A PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA Y FERTILIDAD CONFORME SE DESCRIBE EN LA PARTE III DE ESTE DOCUMENTO, Y SIEMPRE QUE SEAN EMITIDAS A TRAVÉS DEL USUARIO ASIGNADO EN EL APLICATIVO DE EXPEDICIÓN DE PÓLIZAS. ESTAS CONDICIONES PERMANECERAN HASTA EL MOMENTO EN EL QUE BMI COLOMBIA EMITA UN DOCUMENTO ESCRITO QUE LAS MODIFIQUE O LAS ANULE, PREVIA NOTIFICACIÓN AL TOMADOR.

PARTE I CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA DE COMPLICACIONES DE CIRUGIA – PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA Y FERTILIDAD:

PARA LOS EFECTOS DE ESTAS CONDICIONES PARTICULARES NO SERÁN APLICABLES LAS PARTES DEL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE COMPLICACIONES POR CIRUGÍAS IDENTIFICADO CON CÓDIGO 01/09/2020-1431-P-35-SALUDCOLECT00017-D001 Y QUE SON ENUMERADAS A CONTINUACIÓN, LAS CUALES SERAN REEMPLAZADAS EN SU TOTALIDAD POR LAS CONDICIONES PARTICULARES DESCRITAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO.

- PARTE II EXCLUSIONES Y LIMITACIONES
- PARTE III: PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS
- PARTE IV – GARANTIAS DE LA COBERTURA
- PARTE V - AMBITO TERRITORIAL: ATENCIONES A COMPLICACIONES EN EL EXTERIOR
- PARTE VIII - EDADES
- PARTE X – HONORARIOS MÉDICOS
- PARTE XIV Y PARTE XV - PROTOCOLO DE SERVICIO Y RECLAMACION POR REEMBOLSO

PARA LOS EFECTOS DE ESTAS CONDICIONES PARTICULARES SOLO SERÁN APLICABLES LAS

PARTES DEL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA IDENTIFICADO CON CÓDIGO 04/09/2020-1431-P-35-SALUDCOLECT00017-D001. Y QUE SON ENUMERADAS A CONTINUACIÓN:

- PARTE I - AMPARO BÁSICO
- PARTE VII - SERVICIO DE AMBULANCIA
- PARTE IX - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL
- PARTE XI - DEFINICIONES
- PARTE XII - MODIFICACIONES A LAS PÓLIZAS
- PARTE XIII - PAGO DE LA PRIMA
- PARTE XVI - DERECHO DE INSPECCIÓN
- PARTE XVII - OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

LA INTERPRETACIÓN DE LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES, GARANTÍAS Y DEMÁS APARTES DE REGULACIÓN ESPECÍFICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA DE COMPLICACIONES DE CIRUGIA – PROCEDIMIENTOS DE GINECOLOGIA Y FERTILIDAD SERÁN INTERPRETADAS DE MANERA RESTRICTIVA, NO PUDIÉNDOSE EXTENDER AL CONDICIONADO GENERAL DE LA PÓLIZA IDENTIFICADO CON CÓDIGO 04/09/2020-1431-P-35-SALUDCOLECT00017-D001, EXPRESAMENTE EXCLUIDO SEGÚN ESTA MISMA ESTIPULACIÓN.

PARTE II EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

QUEDAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS LOS EVENTOS QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

1. CUALQUIER RECLAMO O CUALQUIER GASTO INCURRIDO ANTES DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA.
2. SUICIDIO O INTENTO DE SUICIDIO.
3. LAS COMPLICACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA QUE SE DERIVEN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS POR LOS MÉDICOS TRATANTES.
4. EL USO DE MEDICAMENTOS SIN ORDEN O PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
5. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR MÉDICOS Y CLÍNICAS QUE NO FUERON PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA Y/O QUE NO ESTUVIEREN INSCRITOS Y/O QUE ESTUVIEREN BLOQUEADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA Y NO REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.
EN CASO DE QUE DOS O MÁS MÉDICOS INTERVENGAN EN UNA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, TODOS DEBEN ESTAR IGUALMENTE APROBADOS, HABILITADOS E INSCRITOS PREVIAMENTE POR LA ASEGURADORA. EL MÉDICO QUE REALICE EL PROCEDIMIENTO DE MAYOR COMPLEJIDAD Y/O TIEMPO QUIRÚRGICO DEBERÁ FIGURAR EN LA PÓLIZA DE SEGURO Y TODOS LOS MÉDICOS INTERVENTORES DEBERÁN RELACIONARSE EN HISTORIA CLÍNICA DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA.
6. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN CLÍNICAS O LUGARES QUE NO FUERON PREVIAMENTE APROBADOS POR LA ASEGURADORA Y/O QUE NO ESTUVIEREN INSCRITOS, Y/O QUE ESTUVIEREN BLOQUEADOS EN LA PLATAFORMA DE EXPEDICIÓN DISPUESTA POR LA COMPAÑÍA POR CUALQUIER CAUSA, SEA TEMPORAL O DEFINITIVA Y/O NO REGISTRADOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO.
7. TRATAMIENTOS, DIAGNÓSTICOS O PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS EXPERIMENTALES O INVESTIGATIVOS.

8. CUALQUIER TIPO DE GARANTÍA, REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA U OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS ADICIONALES EN EL ÁREA AFECTADA PARA MEJORAR LA APARIENCIA O GASTOS MÉDICOS COMO CONSECUENCIA DE INSATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O EL RESULTADO COSMETOLÓGICO DEL MISMO.
9. PERJUICIOS MORALES O PSICOLÓGICOS DERIVADOS DE LA COMPLICACIÓN.
10. CUALQUIER TIPO DE GASTO MÉDICO QUE NO TENGA RELACIÓN CON LA COMPLICACIÓN.
11. LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS DERIVADOS DE LA RECUPERACIÓN NORMAL Y REVISIÓN POSTOPERATORIA DEL MÉDICO TRATANTE COMO DRENAJES MENORES, CURACIONES MENORES, APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS, RETIRO DE PUNTOS, TERAPIAS, CORRECCIÓN U OTROS CONSIDERADOS COMO CORTESÍA MÉDICA ATENDIDAS EN CONSULTORIO.
12. PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS.
13. COMPLICACIONES O ENFERMEDADES QUE NO SEAN DERIVADAS O CONSECUENCIA DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AMPARADO.
14. COMPLICACIONES DE PACIENTES CON RIESGO ANESTÉSICO ASA IV O SUPERIOR.
15. HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO AL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS POR LA LEY EN CUANTO A AUTORIZACIÓN LEGAL PARA OPERAR, DE HIGIENE, O DEL PERSONAL IDÓNEO Y EQUIPOS O, QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN LA MATERIA.
16. PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS QUE NO SEAN AVALADOS POR LAS SOCIEDADES PROFESIONALES CORRESPONDIENTES Y/O DEBIDAMENTE HABILITADOS POR LA LEY. LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS, DEBEN ENCONTRARSE DENTRO DE LOS APROBADOS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES O POR LAS

- SOCIEDADES MÉDICAS CIENTÍFICAS RESPECTIVAS Y EN CONCORDANCIA CON LA ESPECIALIDAD DEL PROFESIONAL QUE EFECTÚE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.
17. NO SE CUBRIRÁN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE SE EFECTÚEN A PERSONAS QUE PROVENGAN DEL EXTERIOR SIN TENER POR LO MENOS VEINTICUATRO (24) HORAS DE ADAPTACIÓN EN LA CIUDAD DONDE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
 18. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO MÉDICO O PSIQUIÁTRICO POR EL USO O ABUSO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE DROGAS NO RELACIONADAS CON LA INTERVENCIÓN O ALCOHOL, POR LESIONES AUTO CAUSADAS O INFLIGIDAS, POR ESTADOS DE DEMENCIA, POR LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, O DROGAS ALUCINÓGENAS.
 19. COMPLICACIONES DEL PACIENTE QUE SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE MEDICAMENTOS NO FORMULADOS POR EL CIRUJANO, A MENOS QUE SE TOMEN SIGUIENDO UNA PRESCRIPCIÓN MÉDICA LÍCITA EN PERTINENCIA A LA COMPLICACIÓN.
 20. COMPLICACIONES DERIVADAS POR FALTA DEL CUIDADO DEBIDO DEL PACIENTE O COMO CONSECUENCIA DE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES NO RECOMENDADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POSTERIOR A LA CIRUGÍA.
 21. COMPLICACIONES POR LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR UN TERCERO, CON O SIN EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
 22. LAS COMPLICACIONES QUE SE GENEREN POR CAUSA DE RESPONSABILIDAD CIVIL MÉDICA.
 23. LOS GASTOS OCASIONADOS POR EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO CUANDO NO EXISTA UNA COMPLICACIÓN.
 24. EXÁMENES DE CARÁCTER PREVENTIVO, DE CHEQUEO GENERAL, EJECUTIVOS, PREQUIRÚRGICOS DE LA CIRUGÍA PROGRAMADA, DE RUTINA, DE TAMIZAJE O EXÁMENES DIRIGIDOS A VERIFICAR LOS RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
 25. INMUNIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, PROFILÁCTICAS O TERAPÉUTICAS, VACUNAS O TRATAMIENTOS INMUNOLÓGICOS, BIOLÓGICOS, ANTICUERPOS, INTERFERONES, ANTICUERPOS MONOCLONALES O LOS MEDICAMENTOS NO ALOPÁTICOS.
 26. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS SIMULTÁNEOS EN UN MISMO TIEMPO QUIRÚRGICO NO AUTORIZADOS POR LA COMPAÑÍA O NO REGISTRADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. SOLO SE ADMITIRÁN COMO HALLAZGOS INCIDENTALS HERNIAS DE TIPO REDUCIBLE UMBILICALES O INCISIONALES NO EVIDENTES ANTES DE LA CIRUGÍA. SIN EMBARGO, NO SE CUBRIRÁN COMPLICACIONES DERIVADAS DE ESTOS PROCEDIMIENTOS NO REPORTADOS.
 27. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE PROCEDIMIENTOS QUE DUREN MÁS DE CUATRO (4) HORAS EN QUIRÓFANO CONTADOS A PARTIR DE LA INICIACIÓN DEL RIESGO ANESTÉSICO.
 28. TODO CUIDADO AMBULATORIO DIFERENTE AL DEL SEGUIMIENTO MÉDICO DERIVADO DE UNA COMPLICACIÓN CUBIERTA.
 29. COMPLICACIONES COMO CONSECUENCIA DE LA REUTILIZACIÓN DE PRÓTESIS.
 30. LOS GASTOS O SERVICIOS HOSPITALARIOS TALES COMO CAMA DE ACOMPAÑANTE, O AQUELLOS ARTÍCULOS DE USO PERSONAL O QUE NO SEAN DE ÍNDOLE MÉDICA.
 31. PROCEDIMIENTOS DE RETIRO DE SUSTANCIAS DEFORMANTES DE RELLENO EN LAS QUE ESTAS YA SE HAN DESPLAZADO A OTRAS ZONAS ANATÓMICAS DIFERENTES AL DEL LUGAR ORIGINAL APLICADO, O CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE SÍNTOMAS GENERALES POR SU APLICACIÓN.
 32. CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA POR EL USO DE ARTÍCULOS O APARATOS MÉDICOS U ORTOPÉDICOS; ADAPTACIONES O SOLUCIONES MEDICAS U ORTOPÉDICAS, TODO TIPO DE HABILITACIONES MÉDICAS U ORTOPÉDICAS.
 33. AMBULANCIA AÉREA, REPATRIACIONES; GASTOS NO MÉDICOS, ALIMENTACIÓN NO PARENTERAL, PARENTERAL EN CASA, ALIMENTOS, SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS

NUTRICIONALES O VITAMÍNICOS, CREMAS HUMECTANTES, EMOLIENTES, HIDRATANTES O SIMILARES, SUSTANCIAS BLANQUEADORAS, BLOQUEADORES SOLARES, COSMÉTICOS, PRODUCTOS DE LIMPIEZA, JABONES O CHAMPÚS MEDICADOS.

34. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS A PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS CON LA EXCEPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE FERTILIZACIÓN IN VITRO DONDE LA EDAD MÁXIMA PERMITIDA SERÁ DE 45 AÑOS.
35. REUTILIZACIÓN Y/O REPARACIÓN DE PRÓTESIS O IMPLANTES EN CUALQUIERA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE INVOLUCRE ALGÚN MANEJO CON ESTOS ELEMENTOS.
36. PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS A UN MISMO PACIENTE EN UN PERIODO MENOR A 30 DÍAS CALENDARIO ENTRE CIRUGÍAS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
37. COMPLICACIONES REPORTADAS QUE NO PRESENTEN FIDELIDAD NI CONGRUENCIA EN LA INFORMACIÓN CONSIGNADA ENTRE HISTORIAS CLÍNICAS, ORDENES MÉDICAS, NOTAS DE ENFERMERÍA, EXÁMENES DE LABORATORIO, CONSENTIMIENTO INFORMADO O CUALQUIER OTRO DOCUMENTO MÉDICO REQUERIDO PARA VALIDAR LA COBERTURA Y PERTINENCIA DE LA COMPLICACIÓN.
38. NO SE BRINDARÁ COBERTURA A COMPLICACIONES CAUSADAS CUANDO EL PACIENTE SE NIEGA A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA POR EXIGENCIAS O CONVICCIONES DE TIPO RELIGIOSO, SOCIAL O CULTURAL QUE SE INTERPONGAN EN EL MANEJO NORMAL DE LA COMPLICACIÓN.
39. LA PRESENCIA DE VIRUS DE VIH Y/O SIDA.
40. LA PRESENCIA DE DESÓRDENES MENTALES O PSICOLÓGICOS QUE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADOS COMO PATOLÓGICOS Y QUE HAYAN SIDO O ESTÉN MEDICADOS O TRATADOS CRÓNICAMENTE Y CUALQUIER OTRO TRASTORNO PSICOLÓGICO SEVERO TALES, PERO NO LIMITADOS A, BIPOLARIDAD, ESQUIZOFRENIA, DESORDEN OBSESIVO COMPULSIVO, BULIMIA, ANOREXIA, DEPRESIÓN SEVERA, ENTRE OTROS.

41. CUALQUIER TIPO DE PATOLOGÍAS O COMPLICACIONES QUE SEAN PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS.

LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS SE ACEPTARÁN SIEMPRE Y CUANDO SE CIRCUNSCRIBA A LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

- a. SE ACEPTARÁN PACIENTES CON CÁNCER EN CONDICIONES CONTROLADAS ÚNICAMENTE Y BAJO PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA COMPAÑÍA. SI SE DIAGNOSTICA CÁNCER DURANTE LA CIRUGÍA, SE LIMITARÁ LA COBERTURA A ASPECTOS PROPIAMENTE DE LA TÉCNICA Y RIESGO NORMAL DEL PROCEDIMIENTO AMPARADO, EXCLUYÉNDOSE CUALQUIER TRATAMIENTO ONCOLÓGICO O DE CUALQUIER OTRO TIPO EN FUNCIÓN DE TRATAR ESTA ENFERMEDAD Y SUS DERIVACIONES.
- b. HIPERTENSIÓN ARTERIAL HASTA LOS SIGUIENTES RANGOS: 130-139 SISTÓLICA Y 80-89 DIASTÓLICA SEGÚN ESTÁNDARES DE LA OMS.
- c. PACIENTES CON DIABETES CUYA HEMOGLOBINA GLICOSILADA SEA MENOR A 6 Y QUE LA GLICEMIA EN AYUNAS NO SEA SUPERIOR A 120 MILIGRAMOS SOBRE DECILITRO CUYOS PARACLÍNICOS NO DEBEN SER MAYORES A 60 DÍAS.

EXCLUSIONES PARTICULARES Y ADICIONALES PARA PROCEDIMIENTOS DE FERTILIZACIÓN IN-VITRO.

1. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL PARTO Y/O DEL PERIODO DE GESTACIÓN TALES, PERO NO LIMITADAS A: COMPLICACIONES CON EL LÍQUIDO AMNIÓTICO, COMPLICACIONES PLACENTARIAS, PRECLAMPSIA O ECLAMPSIA, PREMATURIDAD, ENTRE OTRAS.
2. CUALQUIER TIPO DE ANOMALÍA EN EL EMBARAZO TALES, PERO NO LIMITADAS A: EMBARAZO ECTÓPICO, EMBARAZO MÚLTIPLE, ABORTO ESPONTÁNEO O PÉRDIDA DE FETO.

3. EL ÉXITO DEL PROCEDIMIENTO, GARANTÍAS SOBRE LOS RESULTADOS Y/O INSATISFACCIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO.

4. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTO, CUIDADOS ESPECIALES, CIRUGÍAS, DIETAS O MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO, PARTO Y POST-PARTO.

5. ENFERMEDADES, CONDICIONES CONGÉNITAS O CUALQUIER TIPO DE PROBLEMAS DE EL/LOS FETOS Y/O RECIÉN NACIDO/S.

6. CUALQUIER TIPO DE PERJUICIO, PERDIDA, DAÑO O AFECTACIÓN SOBRE EL MANEJO, MANIPULACIÓN Y/O ALMACENAMIENTO DE LOS ÓVULOS, ESPERMATOZOIDES O EMBRIONES.

7. TODOS LOS RECURSOS, INSTRUMENTOS, MEDICAMENTOS, HONORARIOS MÉDICOS U OTROS COSTOS NECESARIOS QUE HAGAN PARTE DEL TRATAMIENTO GENERAL PARA FERTILIZACIÓN IN VITRO DESDE LA PREPARACIÓN DE LOS ASEGURADOS, EXÁMENES DIAGNÓSTICOS, CIRUGÍAS, CONTROLES, CUIDADOS NORMALES DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

8. CUALQUIER TIPO DE TRATAMIENTOS Y/O MEDICAMENTOS REQUERIDOS DURANTE Y/O POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES MÉDICAS NO RELACIONADAS O DERIVADAS A COMPLICACIONES PROPIAS DEL PROCEDIMIENTO CUBIERTO.

- ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA REPRODUCTIVA (INCLUYE LAPAROSCOPIA - HISTEROSCOPIA)
- EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS
- RECANALIZACIÓN DE TROMPAS
- CIRUGÍAS ANTICONCEPTIVAS (LIGADURA DE TROMPAS)
- VASECTOMIA / VASOVASOSTOMIA
- BIOPSIA TESTICULAR / RECUPERACION QUIRÚRGICA ESPERMÁTICA
- TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO (ASPIRACIÓN FOLICULAR, TRANSFERENCIA EMBRIONARIA)

CONDICIÓN ESPECIAL PARA PROCEDIMIENTOS DE FERTILIZACIÓN IN VITRO:

LA COMPAÑÍA CONVIENE ASEGURAR LOS TRATAMIENTOS DE FERTILIZACIÓN IN VITRO REALIZADOS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ASPIRACIÓN FOLICULAR, DONDE SE CUBRIRÁN COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO DESDE LA FECHA EN QUE INICIE LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA Y HASTA LA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA. SE AMPARARÁN COMPLICACIONES OCURRIDAS DENTRO DE 60 DÍAS CALENDARIO, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO Y TENDRÁ HASTA 365 DÍAS CALENDARIO O HASTA AGOTAR EL VALOR ASEGURADO (LO QUE OCURRA PRIMERO), PARA ATENDER LAS COMPLICACIONES OCURRIDAS DENTRO DE ESTOS PRIMEROS 60 DÍAS.

DURANTE LA VIGENCIA, SE CUBRIRÁ UN SOLO EVENTO DE ASPIRACIÓN FOLICULAR Y UN EVENTO DE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA.

PODRÁ CONTRATARSE COBERTURA ADICIONAL PARA UN TERCERO DONANTE MEDIANTE COBRO ADICIONAL DE PRIMA, CUANDO SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS DE ESTIMULACIÓN OVÁRICA Y ASPIRACIÓN FOLICULAR A UNA PERSONA Y LA TRANSFERENCIA EMBRIONARIA A OTRA. SOLO SE CUBRIRÁN LAS COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS A CADA UNA DE ELLAS RESPECTIVAMENTE. EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, SERÁ GLOBAL PARA

PARTE III: PROCEDIMIENTOS CUBIERTOS

LA COMPAÑÍA CONVIENE AMPARAR COMPLICACIONES DERIVADAS DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:

- COLPORRAFIA ANTERIOR / POSTERIOR
- HISTERECTOMIA
- OOFORRECTOMIA / SALPINGECTOMIA / CISTECTOMIA
- PUNCIÓN DE QUISTE OVARICO O PARAOVARICO (VIA TRANSVAGINAL O GUIA ECOGRÁFICA)
- MIOMECTOMIA

COMPLICACIONES OCURRIDAS A UNA O AMBAS PERSONAS ASEGURADAS. ADICIONALMENTE, SE ACLARA QUE TODAS LAS PERSONAS ASEGURADAS, DEBERÁN CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE LA PÓLIZA.

SI DENTRO DEL TRATAMIENTO COMPLETO NO SE LLEGASE A EFECTUAR LA FASE DE TRANSFERENCIA EMBRIONARIA POR RAZONES DIRECTAS O INDIRECTAS DEL TRATAMIENTO Y/O PACIENTE, NO SE HARÁ DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA ENTENDIENDO QUE EL MAYOR RIESGO DEL TRATAMIENTO (ESTIMULACIÓN OVÁRICA Y ASPIRACIÓN FOLICULAR YA HABRÍAN SIDO CUBIERTOS DENTRO DE LA PÓLIZA CONTRATADA.

PARTE IV – GARANTIAS DE LA COBERTURA

EL PRESENTE SEGURO SE OTORGA CON LA GARANTÍA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

a) la clínica, el consultorio, médico tratante, anesthesiólogo y demás asistentes deben estar habilitados por la autoridad competente y cumplir con toda la regulación y reglamentación pertinente que sea emitida por el gobierno nacional para la para la práctica de los procedimientos médicos cubiertos, en particular, en lo dispuesto por la resolución 3199 de 1998 del ministerio de salud y protección social.

b) El médico tratante y la clínica deben contar con el consentimiento informado escrito del paciente para la realización de la intervención quirúrgica programada.

c) El asegurado y/o médico tratante deberán pagar a los médicos e instituciones médicas que hayan atendido al paciente, el valor de los excedentes que se encuentren por fuera de la cobertura de la póliza o posterior a agotar la suma asegurada.

d) Condición de asegurado internacional: para el ingreso a la póliza en calidad de asegurado internacional se debe contar con 24 horas de climatización en la ciudad donde se realizará la intervención quirúrgica y no deberá salir del país sin autorización médica y cumpliendo con la normatividad de viaje correspondiente (considerando las excepciones del caso para ciudades fronterizas).

e) El paciente debe tener una calificación de riesgo anestésico asa iii como máximo

(*) Sistema de Clasificación de American Society of Anesthesiologists (ASA)

f) El paciente debe contar con un puntaje de hemoglobina mínima de 11g/dl.

g) El paciente debe contar con un índice de masa corporal (IMC) máximo de 40.

h) Todos los procedimientos realizados deben estar registrados en la solicitud de seguro y consentimiento informado.

i) El tiempo de la intervención quirúrgica no debe ser superior a cuatro (4) horas, contadas a partir de la iniciación del riesgo anestésico.

j) Presentación por parte del asegurado, médico tratante y/o clínica de toda la documentación médica relacionada a los procedimientos amparados tales como historias clínicas, exámenes de laboratorio y diagnósticos, evaluación preanestésica, notas de enfermería, ordenes médicas y demás que permitan validar previamente la pertinencia de la complicación.

m) Afiliación al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud.

PARTE V - AMBITO TERRITORIAL: ATENCIONES A COMPLICACIONES EN EL EXTERIOR

Los gastos de complicaciones de cirugías cubiertas que se ocasionen en el exterior serán reembolsados a tarifa SOAT vigente o para medicamentos se liquidarán con base en tarifas de la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos, hasta un límite equivalente a diez mil dólares (us\$10.000). El pago se realizará en Colombia a la tasa representativa del mercado en la fecha de pago.

PARTE VIII - EDADES

La edad mínima para todos los procedimientos será de 18 años.

La edad máxima para procedimientos de fertilización in vitro es de 45 años. Para el resto de los procedimientos será de 75 años.

PARTE X – HONORARIOS MÉDICOS

No obstante, lo que se diga en las condiciones generales de la póliza en servicios de hospitalización, LA ASEGURADORA reconocerá los honorarios médicos por reintervenciones al mismo cirujano que realizó el procedimiento, hasta un salario mínimo legal vigente (1) S.M.M.L.V., por reintervención en quirófano y que supere una (1) hora.

Lo anterior dará lugar a la indemnización, siempre y cuando provenga de una complicación y esté debidamente soportada, adjuntando la historia clínica correspondiente.

No se considerarán reintervenciones controles, retoques o similares.

No se reconocerán honorarios por segundas reintervenciones. la reintervención es diferente a la cortesía médica, la cual no genera honorarios.

PARTE XIV Y PARTE XV - PROTOCOLO DE SERVICIO Y RECLAMACION POR REEMBOLSO

Adicionalmente a los documentos requeridos indicados en el Clausulado General, se requerirá lo siguiente para los procedimientos de fertilización in vitro:

- Todos los exámenes diagnósticos y de control realizados al paciente tanto del procedimiento cubierto como de la complicación.
- Relación explícita de medicamentos prescritos para el procedimiento y para el manejo de la complicación.
- Historia clínica completa, evoluciones, controles, exámenes y demás documentos médicos de todo el tratamiento y cada uno de los intentos de fertilización.

LAS CONDICIONES PARTICULARES INICIAN SU VIGENCIA DE ACUERDO A LA FECHA DE EMISION DETALLADA EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

FIRMA AUTORIZADA BMI COLOMBIA

FIRMA TOMADOR

NIT/ CEDULA

FIRMA TOMADOR ESPECIAL

NIT/ CEDULA