

**TABLA DE PRESTACIONES ASISTENCIALES
ASISTENCIA MEDICA PLUS PROMERICA**

Asistencia	Máximo de eventos al año	Monto máximo de cobertura por evento	Carencia
Asistencia Médica General			
Visita médica a domicilio	2	\$100	48 horas
Traslado en ambulancia en caso de accidente o emergencia	Sin límite	\$100	48 horas
Consulta Médica General presencial en Clínicas de la red	1	\$50	3 meses
Consulta Médica General con electrocardiograma en Clínica Humana	2	\$50	48 horas
Asistencia de Especialidades Remota			
Medicina Virtual E-doctor	Sin límite	Sin límite	48 horas
Atención emocional virtual	Sin límite	Sin límite	48 horas
Orientación telefónica o virtual con Médico General 24/7	5	\$20	48 horas
Orientación telefónica o virtual con Fisioterapeuta			
Orientación telefónica o virtual para guía emocional o mental.			
Orientación telefónica o virtual para alimentación nutricional			
Orientación telefónica o virtual con odontólogo			
Asistencia de Especialidades Presencial			
Electro-cauterización de verrugas en Clínica Humana (Máximo 5)	1	\$40	48 horas
Consulta con Pediatra en Clínicas de la red	1	\$50	3 meses
Consulta con Nutricionista en Clínicas de la red			
Consulta con Fisioterapeuta en Clínicas de la red			
Consulta con Pediatra en Clínicas Humana	1	\$50	48 horas
Consulta con Nutricionista en Clínicas Humana			
Consulta con Fisioterapeuta en Clínicas Humana			
Consulta Ginecológica en Clínica Humana			
Estabilización Médica en Clínica Humana			
Toma de signos vitales	2	\$30	48 horas
Nebulización			
Aplicación de sueros e inyecciones			

Curaciones y suturas			
Asistencia en caso de hospitalización			
Transporte al afiliado para regreso al hogar del centro médico	1	\$30	48 horas
Envío de artículos personales y/o aseo a la clínica u hospital	3	\$30	48 horas
Asistencia telefónica para alimentación post recuperatorio	Sin límite	Sin límite	48 horas
Exámenes de laboratorio y médicos			
Examen de la vista	Sin límite	Sin límite	48 horas
Examen de Niño Sano en Clínica Humana	1	\$50	48 horas
Papanicolau Monocapa o Antígeno Prostático en Clínica Humana			
Examen de medición de audiometría	2	\$40	1 mes
Hemograma completo (referencia médica previa)			
Examen de heces u uroanálisis (referencia médica previa)			
Examen de glucosa (referencia médica previa)			
Examen de colesterol y triglicéridos (referencia médica previa)			

CONDICIONES GENERALES

ASISTENCIA MÉDICA

Contrato de Prestación de servicios de Asistencia firmado entre Grupo Especializado de Asistencia GEA de Costa Rica S.A. y Banco Promerica de Costa Rica S.A.

INTRODUCCION

La compañía “**GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA GEA COSTA RICA, S.A.**”, será la única responsable de la prestación de los **SERVICIOS** de asistencia incluidos en el programa

“**ASISTENCIA MÉDICA**” (el “Programa”), para Costa Rica.

Los **SERVICIOS** incluyen: Asistencia Médica General, Asistencia de Especialidades Remota, Asistencia de Especialidades Presencial, Estabilización Médica, Asistencia en caso de hospitalización, Exámenes de laboratorio y médicos las 24 horas del día, los 365 días del año, con los límites y alcances que se detallan a continuación y sujetándose para ello al presente Anexo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA GEA DE COSTA RICA S.A.: Definido en el contrato

principal del cual forma parte del presente documento.

BANCO PROMERICA: Definido en el contrato principal del cual forma parte del presente documento.

AFILIADO: Es la persona física cliente de BANCO PROMERICA DE COSTA RICA S.A, TITULAR al programa de asistencia y en caso de que la suscripción haya sido celebrada por una persona jurídica, se considerará como AFILIADO a la persona física designada por dicha persona jurídica como usuario de los SERVICIOS BANCO PROMERICA DE COSTA RICA S.A.

SERVICIOS: Los SERVICIOS de asistencia contemplados en el plan "ASISTENCIA MEDICA" producto que haya sido adquirido por el AFILIADO de acuerdo a los estipulado en el ANEXO A.

EVENTO: Es una SITUACIÓN o necesidad reportada por un AFILIADO que dé derecho a la prestación de uno de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se aluden en el presente Instrumento.

FAMILIAR EN PRIMER GRADO: Se refiere al padre, madre, cónyuge e hijos de un AFILIADO.

FECHA DE INICIO: Fecha a partir de la cual los SERVICIOS que ofrece GEA estarán a disposición de los AFILIADO.

- 48 (cuarenta y ocho) horas después de que el AFILIADO aceptó la afiliación directamente por medio de llamada telefónica de GEA o en la sucursal de PROMERICA.

PAÍS DE RESIDENCIA: Para fines de este contrato y sus Anexos, será la República de Costa Rica donde firmó el contrato con PROMERICA y donde tenga su RESIDENCIA PERMANENTE el AFILIADO.

REPRESENTANTE: Cualquier persona, sea o no acompañante del AFILIADO que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los SERVICIOS.

RESIDENCIA PERMANENTE: El domicilio permanente que manifieste tener un AFILIADO en el contrato que maneje con PROMERICA dentro de la República de Costa Rica y que haya celebrado con esta empresa o cualquier otro domicilio que el AFILIADO haya notificado a PROMERICA con posterioridad a la firma del mencionado contrato, domicilio que será considerado como el del AFILIADO para todos los efectos de la prestación de los SERVICIOS materia del presente documento, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EQUIPO MÉDICO: Es el personal médico y demás equipo asistencia de GEA, o subcontratado por GEA, apropiado para prestar SERVICIOS de Asistencia Prehospitalaria en urgencias médica a un AFILIADO, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EQUIPO TÉCNICO: El personal asistencial apropiado que esté gestionando los SERVICIOS a los AFILIADO por cuenta de GEA, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

EMERGENCIA: Es todo hecho que se presente a consecuencia de acontecimientos debido a situaciones fortuitas, para ser considerada emergencia se deberá de reportar en el momento del incidente. A estos efectos, la excepción o excepciones se aplicarán a esta definición. La emergencia médica para efectos de prestación de SERVICIOS de asistencia médica se definirá como aquella situación médica en la cual peligre la vida o integridad física del AFILIADO o los beneficiarios.

VIVIENDA AFILIADA: Una casa de habitación la cual aparece previamente registrada en la base de datos de PROMERICA como la RESIDENCIA PERMANENTE del AFILIADO, la cual previa solicitud del AFILIADO se proporcionará la prestación de los SERVICIOS, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

MONTO POR EVENTO: Los SERVICIOS a que se alude en este instrumento serán prestados de acuerdo a los montos y eventos máximos que se establecen para cada uno de dichos SERVICIOS en la Tabla de Prestaciones del programa "ASISTENCIA MEDICA".

PROVEEDOR: Es el personal (MÉDICO Y/O TÉCNICO) y demás equipo asistencia del Prestador de PROMERICA, o subcontratado por este, apropiado para prestar los SERVICIOS a un AFILIADO de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente instrumento.

TERRITORIALIDAD: El derecho a las prestaciones de la asistencia vial se brindará en todo el país siempre y cuando la emergencia suceda en carretera.

CONDICIONES GENERALES

1. VISITA MÉDICA A DOMICILIO (previa OMT)

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesiten en virtud de emergencia médica debidamente comprobada por el equipo médico de **GEA, ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO**, **GEA** gestionará y cubrirá los honorarios profesionales de la visita de un médico general al **DOMICILIO PERMANENTE** del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** reportado como vivienda habitual (siempre y cuando exista la infraestructura que lo permita). Queda entendido que el costo de los medicamentos será cubierto directamente por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Queda a criterio profesional del médico, la visita.

Si los servicios excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de servicios por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague con sus propios recursos.

2. AMBULANCIA EN CASO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA (TRASLADO MÉDICO TERRESTRE)

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra un **ACCIDENTE** automovilístico que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización o bien emergencia médica ; previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**, **GEA** coordinará y brindará un apoyo económico para del traslado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano en medios privados y en caso de no haber disponibilidad de estas en el momento de la emergencia, **GEA** coordinará el traslado por medio de los **SERVICIOS** médicos públicos en la localidad. Este servicio se prestará solamente en el Gran área metropolitana (GAM), no obstante, agotará todos los recursos humanos y técnicos necesarios para atender al **AFILIADO**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá,

antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

3. CONSULTA CON MEDICO GENERAL PRESENCIAL EN CLINICAS DE LA RED

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** previa consulta telefónica, a alguna clínica de la red con un médico general para una consulta con médico general, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por accidente o por enfermedad no preexistente siempre y cuando no esté en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Este médico será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que, por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia y por padecimientos o accidentes que pongan en peligro la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces GEA deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 3 meses después de la activación del plan de asistencia.

4. CONSULTA CON MEDICO GENERAL CON ELECTROCARDIOGRAMA EN CLINICAS HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a Clínicas Humana con un médico general para la realización de un electrocardiograma con una consulta médica general, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por accidente o por enfermedad no preexistente siempre y cuando no esté en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Este médico será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que, por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia y por padecimientos o accidentes que pongan en peligro la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces GEA deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

5. MEDICINA VIRTUAL E-DOCTOR

GEA pondrá a disposición del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** la consulta On-line por medio de la aplicación o ingreso web: E-Doctor, en este un médico del staff de **GEA** mediante videoconferencia realizará las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o padecimiento no preexistente, que no requieran de hospitalización y no se encuentre en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o

medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

6. ATENCIÓN EMOCIONAL VIRTUAL

GEA pondrá a disposición del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** la consulta On-line por medio de la aplicación o ingreso web: E-Doctor, donde mediante videoconferencia brindará orientación telefónica con un Psicólogo de la RED de **PROVEEDORES** donde a través de la escucha confidencial se brindará orientación focalizada al problema que en ese momento el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** necesite superar, con la posibilidad de plantear y revisar emociones, pensamientos o conductas que le preocupan, con el objetivo de favorecer su bienestar emocional.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

7. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O VIRTUAL CON MÉDICO TELEFÓNICA O VIRTUAL

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas médicas telefónicas o virtuales 24/7 con un médico general de **GEA**, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por una enfermedad o padecimiento no preexistente, que no requieran de hospitalización y no se encuentre en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

8. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O VIRTUAL CON FISIOTERAPEUTA

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas médicas telefónicas o virtuales 24/7 con un especialista en fisioterapia de **GEA**, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por una enfermedad o padecimiento no preexistente, que no requieran de hospitalización y no se encuentre en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

9. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O VIRTUAL PARA GUÍA EMOCIONAL O MENTAL

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas médicas telefónicas o virtuales 24/7 con un psicólogo de **GEA**, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por una condición o situación temporal o permanente, siempre y cuando no se encuentre en riesgo la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos psiquiátricos, tratamientos especializados o medicamentos psicotrópicos. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

10. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O VIRTUAL SOBRE ALIMENTACIÓN NUTRICIONAL

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera información y orientación nutricional, previa solicitud telefónica, **GEA** brindara la información requerida o la referencia de un nutricionista que le ofrezca consejos nutricionales, guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre contenido calórico de los alimentos, recetas especiales para personas con diabetes, sobrepeso o intolerantes a la lactosa.

Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista. Para ofrecer un Chat de consejos, referencias y/o información de nutrición, se tendrá que establecer en conjunto **GEA**, la forma de operación.

Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

11. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA O VIRTUAL CON ODONTÓLOGO

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** podrá realizar consultas odontológicas telefónicas 24 (veinticuatro) horas, los 7 (siete) días de la semana, los 365 (trescientos sesenta y cinco) días del año, con un médico de **GEA**, a efecto de realizar las valoraciones odontológicas respectivas de acuerdo con lo indicado por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ya sea por padecimiento o emergencia.

Se excluye de este **SERVICIO** el costo de medicamentos, diagnósticos, cambios de tratamiento, segundas opiniones de especialidad, tratamientos especializados. Cualquier otro gasto médico en que se incurra, serán pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

12. ELECTRO CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS (MÁXIMO 5) EN CLÍNICA HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a Clínicas Humana con un médico general para la realización de electro cauterización de hasta cinco verrugas que clasifiquen como aptas para este procedimiento, no aplica para lunares.

Este médico será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que, por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia y por padecimientos pongan en peligro la vida o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**. Se excluye de este servicio el costo de medicamentos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

13. CONSULTA CON PEDIATRA EN CLÍNICAS DE RED

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en nuestra **RED DE PROVEEDORES** de médico Pediatra para una consulta, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o emergencia no preexistente, que no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del **BENEFICIARIO**.

Este médico Pediatra será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia.

El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

14. CONSULTA CON NUTRICIONISTA EN CLÍNICAS DE RED

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en nuestra **RED DE PROVEEDORES** de un nutricionista para una consulta, a efecto de brindará la información que le ofrezca consejos nutricionales, guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre contenido calórico de los alimentos, recetas especiales para personas con diabetes, sobrepeso o intolerantes a la lactosa, así como realizar un chequeo general personal y mediciones que permitan una recomendación amplia.

El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 3 meses después de la activación del plan de asistencia

15. CONSULTA CON FISIOTERAPEUTA EN CLÍNICAS DE RED

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en nuestra **RED DE PROVEEDORES** con un médico fisioterapeuta para la evaluación para identificar el origen de la dolencia y aplicar el tratamiento correspondiente.

Se excluye de este servicio medicamentos y tratamientos posteriores. Todos los demás gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser cancelados con sus propios recursos al proveedor. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

16. CONSULTA CON PEDIATRA EN CLÍNICAS HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** de médico Pediatra en nuestra **Clínica Humana**, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o emergencia no preexistente, que no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del **BENEFICIARIO**. Este médico Pediatra será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que, por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia.

El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

17. CONSULTA CON PEDIATRA EN CLÍNICAS HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, en nuestra **Clínica Humana** de un nutricionista para una consulta, a efecto de brindará la información que le ofrezca consejos nutricionales, guía para la preparación de dietas saludables y bien balanceadas, información sobre contenido calórico de los alimentos, recetas especiales para personas con diabetes, sobrepeso o intolerantes a la lactosa, así como realizar un chequeo general personal y mediciones que permitan una recomendación amplia.

El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

18. CONSULTA CON FISIOTERAPEUTA EN CLÍNICA HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a Clínicas Humana con un médico fisioterapeuta para la evaluación para identificar el origen de la dolencia y aplicar el tratamiento correspondiente.

Se excluye de este servicio medicamentos y tratamientos posteriores. Todos los demás gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** deberán ser cancelados con sus propios recursos al proveedor. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

19. CONSULTA CON GINECÓLOGO EN CLÍNICA HUMANA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, con un médico ginecólogo para una consulta en Clínicas Humana, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas ya sea por una enfermedad o emergencia no preexistente, que no pongan en riesgo la vida y/o la integridad del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Este médico Ginecólogo será asignado y autorizado exclusivamente por el **EQUIPO MÉDICO** de **GEA** y se entiende que, por tratarse de consultas programadas en consultorio, quedan excluidas consultas de urgencia.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

20. ESTABILIZACIÓN MÉDICA EN CLÍNICA HUMANA

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera alguno de los siguientes servicios, previa consulta médica online o telefónica, podrá recibir asistencia en Clínica Humana. Este servicio cubre los honorarios del médico, los medicamentos e insumos deberán ser pagados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

-Toma de signos vitales: Se refiere a la toma de Tensión arterial, Frecuencia cardíaca, Frecuencia respiratoria, Pulso y Temperatura, para brindar un estado médico del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

-Nebulización: Procedimiento médico, consistente en la administración de un fármaco o elemento terapéutico mediante vaporización a través de la vía respiratoria. La sustancia a ser administrada se combina con un medio líquido, frecuentemente solución salina, para luego con la ayuda de un gas, generalmente oxígeno, crear un vapor que pueda ser inhalado por el paciente. La sesión de oxigenación es de máximo 30 minutos. Quedará a cargo del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** el costo de material utilizado.

-Aplicación de sueros e inyecciones: Procedimiento médico, consistente en la administración de un fármaco o elemento terapéutico por medio de suero o inyectable. Quedará a cargo del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** el costo de material utilizado.

- Curaciones y/o Suturas: Este servicio comprende heridas superficiales que no comprometan planos profundos (piel y tejido graso), zonas de pliegue cutáneo y/o con riesgo de retracción (orejas, párpados, labios, nariz, etc), sin compromiso vascular, nervioso y/o tendinoso.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

21. TRANSPORTE AL AFILIADO PARA REGRESO AL HOGAR DEL CENTRO MÉDICO.

GEA coordinará y cubrirá el costo del servicio de transporte de autobús, tren o cualquier otro medio autorizado de transporte, del **AFILIADO** de regreso a su **RESIDENCIA PERMANENTE** posterior a una hospitalización médica.

El **AFILIADO** deberá aportar la orden de salida o epicrisis emitida por el Centro Médico, donde indique la fecha de alta de paciente.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes

de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

22. ENVÍO DE ARTÍCULOS PERSONALES Y/O DE ASEO A LA CLÍNICA U HOSPITAL

GEA coordinará y cubrirá el costo del servicio de transporte en automóvil o motocicleta para el envío de artículos básicos personales y/o de aseo desde su **RESIDENCIA PERMANENTE** hasta la Clínica u Hospital donde se encuentre, siempre y cuando esté, deberá contemplar que **GEA** no se hará responsable que dichos artículos sean aceptados por el Centro Médico, así mismo el **AFILIADO** deberá informar sobre el lugar de recepción de dichos artículos.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

23. ASISTENCIA TELEFÓNICA PARA ALIMENTACIÓN POST OPERATORIO

GEA coordinará una asistencia telefónica con un nutricionista, el cual brindará orientación sobre el tipo de alimentación y las porciones recomendadas, según la intervención quirúrgica realizada.

Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista. Para ofrecer un Chat de consejos, referencias y/o información de nutrición, se tendrá que establecer en conjunto **GEA**, la forma de operación.

Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y siempre será requerido el chequeo personal con un médico o nutriólogo especialista.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

24. EXAMEN DE LA VISTA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a la óptica de la **RED DE PROVEEDORES**, a efecto de realizar la valoración de su alcance y calidad visual, brindando un diagnóstico final con recomendaciones médicas.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

25. EXAMEN NIÑO SANO EN CLINICA HUMANA

GEA coordinará la visita del **BENEFICIARIO** a la Clínica Humana, con un médico general para una consulta con médico general con examen médico integral, a efecto de realizar las valoraciones médicas respectivas del **BENEFICIARIO**, esto de forma preventiva y como seguimiento anual del infante.

Este examen incluye:

- Medición de azúcar en la sangre.
- Medición de Presión arterial.
- Cálculo de índice de masa corporal (peso y talla).
- Medición de Saturación de oxígeno.
- Exámen de agudeza visual.
- Medición de temperatura.
- Detección de factores de riesgo (según análisis anteriores)
- Interpretación de resultados.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

26. PAPANICOLAU MONOCAPA O ANTIGENO PROSTATICO EN CLINICA HUMANA

PAPANICOLAU MONOCAPA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en Clínica Humana, para una Citología Vaginal (Exámen de Papanicolaou) siempre y cuando las condiciones lo permitan, se recomienda hacer mención sobre situaciones como exceso de hemorragia o haber mantenido relaciones sexuales al menos dos días antes, entre otras que se consideren prudentes.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante se pondrá en contacto vía telefónica con **el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este servicio el costo de medicamentos, tratamientos o consultas.

ANTÍGENO PROSTÁTICO

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en Clínica Humana, para un Examen de Antígeno Prostático siempre y cuando las condiciones lo permitan, se recomienda hacer mención sobre padecimientos previos que puedan ser relevantes para el examen.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante se pondrá en contacto vía telefónica con **el AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

Se excluye de este servicio el costo de medicamentos, tratamientos o consultas.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

27. EXAMEN DE AUDIOMETRÍA

GEA coordinará la visita del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en un centro de nuestra **RED DE PROVEEDORES**, a efecto de realizar la valoración de su capacidad para escuchar sonidos, así como su intensidad y la estimulación de los nervios del oído interno, brindando un diagnóstico final con recomendaciones médicas.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 1 mes después de la activación del plan de asistencia.

28. HEMOGRAMA COMPLETO

GEA coordinará en nuestra **RED DE PROVEEDORES** y con previa referencia médica, una cita en un laboratorio o centro médico, para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** donde podrá realizarse un examen de sangre para el hemograma completo.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante podrá ponerse en contacto vía telefónica con el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para su interpretación.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 1 mes después de la activación del plan de asistencia.

29. EXAMENES DE HECES O UROANALISIS

GEA coordinará en nuestra **RED DE PROVEEDORES** y con previa referencia médica, una cita en un laboratorio o centro médico, para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** donde podrá realizarse un examen de heces o uroanálisis.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante podrá ponerse en contacto vía telefónica con el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para su interpretación.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 1 mes después de la activación del plan de asistencia.

30. EXAMENES DE GLUCOSA

GEA coordinará en nuestra **RED DE PROVEEDORES** y con previa referencia médica, una cita en un laboratorio o centro médico, para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** donde podrá realizarse un examen de glucosa.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante podrá ponerse en contacto vía telefónica con el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para su interpretación.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 1 mes después de la activación del plan de asistencia.

31. EXAMENES DE COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS

GEA coordinará en nuestra **RED DE PROVEEDORES** y con previa referencia médica, una cita en un laboratorio o centro médico, para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** donde podrá realizarse un examen de colesterol y triglicéridos.

El resultado de este examen se enviará vía correo electrónico, en caso de registrar alteraciones, el médico tratante podrá ponerse en contacto vía telefónica con el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para su interpretación.

Si para este servicio, a **GEA** se le requiriesen **SERVICIOS** que excedieren el límite del costo máximo o del número máximo de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio en efectivo.

Este evento podrá ser utilizado hasta 1 mes después de la activación del plan de asistencia.

RED DE DESCUENTOS (MÉDICOS ESPECIALISTAS, CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS, IMÁGENES)

Previo solicitud telefónica del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** proporcionará información sobre la red de descuentos como Médicos Especialistas, Clínicas Odontológicas, Imágenes, entre otros con los que cuente dentro de su **RED de PROVEEDORES** para aplicar un descuento al servicio o artículo adquirido.

Todo reclamo o garantía se deberá hacer directamente con el centro médico donde recibe la asistencia.

