

FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA



PLAN ADMINISTRADO DE SALUD (PAS-FMV)

REGLAMENTO DEL PLAN PAS-FMV 2010-2011

*Aprobado en el "CXI Consejo Nacional"
Caracas, 19 y 20 de febrero del 2010*

PLAN ADMINISTRADO DE SALUD FEDERACIÓN MÉDICA VENEZOLANA

El presente reglamento está centrado en dar a conocer al Titular y sus beneficiarios los aspectos fundamentales que contempla el funcionamiento del PAS-FMV como instrumento que deja bien claro las condiciones particulares y normativa vigente para el uso racional y prestación de servicios médicos amparados por el Plan de salud como son hospitalización, cirugía y otros conceptos previstos en el Plan para el médico Titular y sus beneficiarios, afiliados al Plan de Salud

Se considera que dicha información es válida y necesaria, para fijar la normativa aplicable a los usuarios en cuanto a aspectos relacionados con la constitución de los recursos económicos-financieros del sistema, el proceso de operatividad, control, buen y correcto uso del Plan Administrado de Salud, así como la calidad de atención al usuario.

IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO PAS-FMV

Es un Plan Administrado **de Salud** que da cobertura en Instituciones de Salud, a los médicos titulares y beneficiarios afiliados al Plan.

MISIÓN

El PAS-FMV es un beneficio gremial cuya misión está orientada a administrar a través de un Plan de Salud el servicio de salud del médico y su familia, con elevados criterios de previsión social y contención de costos, suministrando a los afiliados de este servicio orientación, atención rápida, oportuna, eficiente y segura. Requiriendo para mantenerse en el tiempo, que los Titulares y Beneficiarios le den uso racional, ecuánime, una constante actitud vigilante, sentido de pertenencia, así como elevado espíritu de permanencia, garantizando de esta manera la constitución del fondo (**aportes**) necesario que reúna la suma de protección de acuerdo a la proyección estimada .

VISIÓN

Lograr a corto plazo el incremento sustancial del fondo, así como el incremento de las coberturas, con la finalidad de garantizar que el médico y sus beneficiarios amparados por el PLAN cuenten con el debido apoyo, al momento de presentársele la contingencia o emergencia.

OBJETIVO

El Plan Administrado de Salud PAS-FMV, tiene como objetivo primordial garantizar a los médicos y sus beneficiarios inscritos en el PLAN, la cancelación de los gastos justos y razonables incurridos por éstos, dentro de las condiciones y límites establecidos en el reglamento vigente de la FMV, por gastos efectuados en los conceptos de Hospitalización, Cirugía, Atención Ambulatoria de Exámenes Especiales previstos en el Plan, Maternidad, Lesiones tratadas (derivadas) por Accidentes, Emergencias y/o por las complicaciones de las enfermedades, que estén amparadas por la cobertura del PLAN, siempre que estos eventos ocurran durante la vigencia del mismo (abril 2.010- abril 2.011) y solvencia respectiva del usuario con el PAS-FMV para el momento de la solicitud de cobertura, garantizando el control y el compromiso del manejo efectivo del fondo.

CONSTITUCIÓN DE LOS RECURSOS ECONOMICOS-FINANCIEROS DEL PAS-FMV.

El Fondo se constituye exclusivamente por el aporte económico (**aportes**) del Titular (federado solvente con la FMV y Colegio de Médicos respectivo) y de los beneficiarios (universo afiliable, amparable, personas naturales vinculadas al Titular e inscritos por el mismo en el PAS-FMV) y los aportes que la FMV deba hacer al fondo en los casos de insubsistencia de este.

CAPÍTULO I

DEFINICIONES:

TITULAR: Persona natural, de profesión médico inscrito en el presente PLAN de Salud, solvente con la FMV y el Colegio de Médicos respectivo, sin límite de edad.

CONYUGE O CONCUBINA (o) Se refiere a la persona legalmente casada con el Titular, o quien conviva maritalmente con el Titular como concubina (o) requiriendo la concubina (o) presentar una carta de legalización concubinato debidamente expedida por la autoridad competente, sin límite de edad.

FAMILIAR BENEFICIARIO: Son las personas naturales vinculadas al Titular, que forman parte su cuadro familiar, amparado por el PLAN de acuerdo a las condiciones y requisitos previstos en el presente condicionado.

SOBREVIVIENTE (S): Cónyuge o Concubino (a) y los hijos del Titular solvente fallecido, inscritos en el PAS-FMV por el Titular en el año PLAN de ocurrido el fallecimiento, se consideran beneficiarios.

- **PARÁGRAFO ÚNICO:** El sobreviviente no adquirirá en ningún caso la condición de Beneficiario, durante la vigencia del año plan, de ocurrido el fallecimiento del Titular.

SOLVENTE (S): Titular o Beneficiario con cuotas pagadas vigentes o con un máximo de una (01) cuota vencida al momento de solicitar los servicios amparados por el PLAN.

- **PARÁGRAFO UNO:** Pasados treinta y cinco días sin cancelar las cuotas correspondientes, el Beneficiario quedará excluido automáticamente del PLAN. Para reingresar al mismo el Titular deberá cancelar la totalidad de las cuotas atrasadas de todo el grupo familiar inscrito, y quedarán sujetos a los plazos de espera previstos en el presente condicionado. En caso de un siniestro de emergencia que superé el 50% del monto máximo protegido, el Titular deberá cancelar la totalidad de los montos de de los aportes propios y del beneficiario familiar que ocasione el siniestro. Al momento del egreso de la clínica, si no han sido satisfechos los conceptos de aportes en mora, el PAS-FMV

descontara del monto total de liquidación avalado, el total de estos conceptos (APORTES EN MORA), notificándole a la clínica que la diferencia generada debe ser cancelada por el titular del PAS-FMV.

- Cuando el siniestro de emergencia no supere el 50% del monto máximo de cobertura el titular deberá cancelar los aportes mensuales que tenga en mora, propios y del beneficiario que ocasiono el siniestro, Al momento del egreso de la clínica, si no han sido satisfechos los aportes en mora, el PAS-FMV descontara del monto total de liquidación avalado, el total de estos conceptos (APORTES EN MORA), notificándole a la clínica que la diferencia generada debe ser cancelada por el titular del PAS-FMV.

El Titular para reingresar deberá cancelar un incremento del aporte, equivalente al 10% del monto total a pagar en el año Plan, para efectos de compensación del daño ocasionado al fondo.

La no cancelación de este aporte impedirá el reingreso del titular y su grupo familiar al PAS-FMV, por lo tanto no podrá usar las coberturas del mismo en EMERGENCIA, CARTA AVAL O REEMBOLSO.

LAS PARTES: Son el Titular y el PAS-FMV.

REPRESENTANTE LEGAL: Persona legalmente autorizada por el Titular mediante poder debidamente autenticado.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: A los efectos de este PLAN se entenderá por complicaciones del embarazo las patologías o tratamientos de una situación adversa imputable al embarazo, parto y puerperio, como son: amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, diabetes gestacional, descompensación cardíaca, hipertensión arterial (toxemia gravídica), embarazo ectópico, embarazo molar, nefritis aguda, nefrosis, la hiperémesis gravídica y sus complicaciones y la psicosis puerperal.

ENFERMEDAD: Se entiende como tal, cualquier patología, trauma o lesión que sufra el organismo del amparado por el PLAN, que afecte su capacidad funcional a consecuencia de agentes físicos, químicos o biológicos.

ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE: Es toda patología, trauma, lesión o enfermedad que el Titular, Beneficiario, o Sobreviviente(s) padece o haya padecido, cuyas causas sean congénitas o existentes previamente al momento de la afiliación al PLAN.

ENFERMEDAD TERMINAL: Enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionará hacia la muerte.

ENFERMEDAD PROLONGADA Y/O RECURRENTE: Enfermedad generalmente de carácter crónico, que se extiende por largos períodos cuyos signos o síntomas se manifiestan periódicamente.

ACCIDENTE: Toda acción fortuita, repentina o violenta y causada por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del Titular o Beneficiario, que causare heridas o lesiones corporales objetivamente constatables y que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.

MÉDICO TRATANTE: Profesional de la medicina debidamente calificado de acuerdo a lo contemplado en la Ley de Ejercicio de la Medicina, responsable del caso.

EMERGENCIAS MÉDICAS: Alteración de la salud del Titular y/o Beneficiario de aparición súbita, acompañada de signos y síntomas que requieran atención médico - asistencial inmediata y que de no hacerse, compromete la vida, la función o su integridad corporal.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Son todas aquellas enfermedades que existen desde o antes del nacimiento del Titular y/o Beneficiario, es decir, que no hayan sido contraídas posterior al nacimiento.

GASTOS RAZONABLES: Se refiere al costo promedio estadísticamente observado por el PAS-FMV en los últimos tres (03) meses, para la atención médica y hospitalaria en casos similares y en instituciones de las mismas características.

SERVICIOS Y SUMINISTROS NECESARIOS: Son los ordenados por un médico y proporcionados por centros clínicos u hospitalarios que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, lesión o embarazo del Titular y/o Beneficiarios.

- b) Que sean congruentes con las normas, prácticas médicas y farmacológicamente aceptadas.
- c) Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea el más conveniente al estado de salud del Titular y/o Beneficiarios, y que esté reconocido por el PLAN y no sea de naturaleza experimental o investigativo.
- d) Que no sean para el confort o la conveniencia personal del Titular y/o Beneficiarios, de su familia o de su médico.
- e) Que no excedan en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

AÑO PLAN: Es aquel que comienza el 07 de abril de dos mil diez (2010) y finaliza el 06 de abril de dos mil once (2011) a las 12:00pm

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL PLAN: El reglamento, la planilla de inscripción, declaración de salud, la cédula de identidad, acta de matrimonio o constancia de concubinato, partida de nacimiento, certificado de discapacidad, el recibo de aporte y cualquier otro documento requerido por el PAS-FMV .

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se administra.

APORTE: Es la única cantidad pagadera en dinero por el Titular al PAS-FMV.

DEDUCIBLE POR SINIESTRO: Cantidad indicada en bolívares que deberá asumir el Titular y/o Beneficiario en cada solicitud de servicios, en consecuencia no será pagada por el PAS-FMV, en caso de ocurrencia de un reclamo cubierto por el PLAN.

SUMA MÁXIMA DE RESPONSABILIDAD ASEGURADA: Es el monto en bolívares contratado que se indica en el PLAN y representa la máxima responsabilidad del PAS-FMV para el Titular y/o Beneficiarios inscritos y solventes, durante el año PLAN, de forma acumulativa, por año, hasta un máximo de BsF. 70.000,00. Menos gastos no aprobados.

PROTECCIÓN MÁXIMA CONTRATADA: Es la cobertura máxima anual, hasta agotarse la cobertura para cada uno de los Titulares, Beneficiarios y sobrevivientes amparados por el PLAN.

CUADRO DE BENEFICIOS MÁXIMOS: Indica los montos máximos a cubrir, para cada caso, en cuanto a los rubros de servicios clínicos, honorarios médicos, tratamientos ambulatorios y maternidad.

LÍMITE MÁXIMO PROTEGIDO POR BENEFICIO: Es la cantidad máxima a cubrir por el beneficio de gastos ambulatorios y maternidad. Los cuales son considerados de forma acumulativa, por año de acuerdo a los límites establecidos hasta agotar la cobertura.

GASTOS MÉDICOS: Monto de dinero originado por la asistencia médica a un Titular o Beneficiario amparado por el PLAN y comprende los honorarios profesionales, servicios hospitalarios y tratamientos médicos.

HOSPITAL/CLÍNICA: Cualquier institución prestadora de salud, privada o pública, legalmente constituida, con permisos sanitarios, en la cual se preste asistencia médica y/o quirúrgica. No serán considerados como hospitales, según los propósitos de este PLAN, las casas de reposo, asilos para ancianos, casas cunas y otros.

GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN: Son los gastos en que incurre el Titular y/o el Beneficiario durante su permanencia en calidad de paciente en el centro clínico hospitalario.

GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos originados por la atención médica prestada al Titular, Beneficiario y Sobreviviente(s) a consecuencia de una enfermedad o lesión que no requiera hospitalización.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Procedimientos quirúrgicos que por su poca complejidad, buenas condiciones del paciente y bajo riesgo, permite la recuperación total sin requerir la estadía hospitalaria por más de 12 horas.

MONTO NETO PROTEGIDO: Es la porción del monto total facturado, reconocido por el PLAN.

PAGO POR CUENTA DEL TITULAR: Monto no protegido por el PLAN, el cual debe pagar el Titular en caso de un siniestro.

MATERNIDAD: Es la protección para los gastos en que incurra la Titular o Beneficiaria (Cónyuge o Concubina legalmente registrada) del Titular, a causa de parto normal, cesárea, aborto o embarazo ectópico.

CLAVE DE EMERGENCIA: Es la autorización otorgada para atención del titular o beneficiarios en caso de emergencia, previa comprobación de inscripción, solvencia, cobertura y de acuerdo a las condiciones generales del uso del PLAN.

CARTA AVAL: Es el documento que otorga el PAS-FMV, a solicitud del Titular para recibir servicio de atención médica, luego de evaluar el caso por la dirección médica del PAS-FMV, de acuerdo al baremo y al presente condicionado.

REEMBOLSO: Reintegro del monto del pago hecho por el Titular, Beneficiario y Sobreviviente(s) para cubrir gastos causados a consecuencia de una enfermedad o lesión, siempre y cuando cumpla las condiciones de este PLAN.

INFORME MÉDICO: Es un documento emitido por el médico tratante que resume de forma legible, clara y concisa, la etiología, evolución de la afección o enfermedad y el tratamiento recibido. Dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de cédula de identidad, la matrícula del ministerio de salud y el número del colegio de médicos al que pertenece. Así como nombre del paciente, cédula de identidad y fecha del informe.

MEDICAMENTOS: Medicinas ordenadas por el médico tratante, las cuales deben estar de acuerdo con las normas médicas y farmacológicas aceptadas.

CAPÍTULO II

UNIVERSO AFILIABLE - GRUPO FAMILIAR AMPARABLE - GRUPO ELEGIBLE.

En función de la afiliación al PAS-FMV del grupo familiar amparable, el Titular, debe estar inscrito en la cobertura establecida, de no cumplirse este requisito los beneficiarios no podrán formar parte del PAS-FMV.

El PAS-FMV le brindará protección a:

- **Titular** solvente con la FMV y Colegio de Médicos, sin límite de edad.
- **Cónyuge o Concubina (o)** se refiere a la persona legalmente casada con el Titular presentando la respectiva acta de matrimonio, o quien conviva maritalmente con el Titular como concubina(o) con carta de concubinato legalizada, debidamente expedida por la autoridad civil, sin límite de edad.
- **Los hijos solteros** del Titular legítimos o legitimados, reconocidos o adoptivos, siempre y cuando presenten las respectivas constancias,

partida de nacimiento y cédula de identidad, **hasta los 45 años de edad, que dependan económicamente del Titular.**

- **Los hermanos(as) solteros** del Titular, siempre y cuando presenten las respectivas constancias, partida de nacimiento y cédula de identidad, **hasta los 45 años de edad, que dependan económicamente del Titular.**
- **Padres y/o suegros** del Titular, inscritos en el PLAN, reconociéndose la antigüedad con los límites de edad aceptados en el momento de su afiliación; para los que se afilien en el presente año PLAN hasta 75 años de edad.
- **Los sobrevivientes** cónyuges o concubinos(as) y familiares inscritos en el PAS-FMV por el Titular solvente fallecido, se mantendrán cubiertos por el PAS-FMV hasta la culminación del año PLAN, siempre que se mantengan solventes. En los años sucesivos solo podrán incorporarse al PLAN como nuevos inscritos los hijos menores de edad y los hijos mayores de edad con discapacidad diagnosticada, presentando las respectivas constancias, siendo responsable de los aportes la persona que tenga a su cargo la custodia del menor o discapacitado. El cónyuge o concubina(o) podrá mantenerse en el PLAN hasta que se modifique su estado civil.
- **Nietos(as)**, hasta los 25 años de edad, con la documentación reglamentaria de filiación.
- **Los neonatos (recién nacidos)**, una vez otorgada la cobertura por maternidad a la Titular o cónyuge del Titular, estarán amparados por el PAS-FMV, desde el momento de su nacimiento por un monto máximo de BsF. 3000,00, debiendo ser inscritos, para lo cual deberá llenar la solicitud de inscripción y anexar los documentos probatorios del nacimiento y de la filiación, y cancelar su inscripción en un plazo no mayor a los 30 días subsiguientes al nacimiento, pasado este período se les aplicarán los plazos de espera establecidos en este condicionado.

COBERTURAS

GASTOS AMPARADOS RAZONABLES

A P O R T E S		
EDADES	MENSUAL	ANUAL
00 - 17	189,00	2.268,00
18 - 40	227,00	2.724,00
41 - 50	301,00	3.612,00
51 - 60	326,00	3.912,00
61 - 70	352,00	4.224,00
71 - 75	453,00	5.436,00
76 - 80	494,00	5.928,00
81 y más	688,00	8.256,00

A P O R T E S M A T E R N I D A D		
EDADES	MENSUAL	ANUAL
18 - 24	75,00	900,00
25 - 30	92,00	1.104,00
31 - 36	109,00	1.308,00
36 y más	134,00	1.608,00

La cobertura máxima protegida por el PAS-FMV por Titular o Beneficiario(a), **es de hasta BsF. 70.000,00 por el año PLAN menos deducible de BsF. 200,00**

PRE-EXISTENCIAS

Se considera preexistencia toda patología (enfermedad), trauma o lesión que el Titular o Beneficiario padece o haya padecido, cuyas causas sean congénitas o existentes previamente al momento de la afiliación en el PAS-FMV, siendo reconocidas por el Plan Administrado de Salud siempre y cuando haya realizado al momento de la afiliación (inscripción), la formal declaración de la pre-existencia y ésta, haya sido aceptada e incluida en el respectivo expediente. En aquellos casos en los que la cobertura haya sido de alto impacto siniestral considerándose como enfermedad catastrófica, es decir, haya sido usado en el año póliza más de 50% de la cobertura máxima

protegida disponible, el PAS-FMV recalculará el porcentaje (40%) a aplicarle al aporte del usuario para el nuevo año plan.

CAPÍTULO III

PLAZOS DE ESPERA.

Se someterán a los plazos de espera, los nuevos inscritos y aquellos usuarios que fueron reingresados luego de solventarse, de acuerdo a lo establecido en este condicionado, siendo los siguientes:

- Cirugía Electiva (Tratamiento Médico-Quirúrgico) -----06 Meses.
- Maternidad (TITULAR, CONYUGE O CONCUBINA) -----10 Meses.
- Enfermedades Preexistentes -----01 Año.
- Exámenes de laboratorio especializados e imágenes-----03 Meses.

CAPÍTULO IV

TERMINACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL AFILIADO EN EL PLAN ADMINISTRADO DE SALUD PAS-FMV. (SE AGREGO DEL AFILIADO)

La Participación del afiliado en el Plan de Salud, terminará en la fecha en que ocurra una de las siguientes situaciones:

- Cuando el titular o alguno de sus beneficiarios, hagan uso indebido del PLAN (Dolo, Fraude, Engaño, etc.), tal medida no excluye cualquier otra acción administrativa que el PAS-FMV pueda aplicar.
- Cuando el Titular manifieste su voluntad de retirarse como afiliado al Plan, en cuyo caso dejará de pertenecer al PLAN, quedando excluido del PLAN, el grupo familiar.
- La protección y pago de los beneficios de un Titular así como los de cada uno de los familiares inscritos en el PLAN cuya participación haya sido cancelada o terminada por cualquier motivo, cesara el mismo día en que haya perdido su condición de amparado. En consecuencia, solo se cancelaran las solicitudes de servicios por intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones de emergencia, provenientes de gastos incurridos hasta ese día (fecha de finalización de la participación en el PLAN).

CAPÍTULO V

CONCEPTOS PROTEGIDOS:

Son todos aquellos gastos razonables por servicios necesarios amparados que se originan de la atención médica (tratamientos médicos - quirúrgicos) y servicios complementarios, los cuales comprenden:

HOSPITALIZACIÓN:

- Habitación normal o estándar.
- Pabellón.
- Anestesia.
- Transfusiones.
- Medicinas y material médico quirúrgico.
- Terapia Respiratoria.
- Suministros Médicos.
- Sala de Emergencia.
- Sala de Recuperación.
- Sala de Maternidad.
- Oxígeno.
- Dietética.
- Terapia intensiva (en los casos que sea medicamento necesario).
- Monitoreo y procedimientos especiales, medicamento justificados.
- Y demás gastos razonables para la atención del paciente, según opinión de la dirección médica del PAS-FMV.

EXÁMENES Y ANÁLISIS (PARACLÍNICOS):

Pruebas y análisis en hospitalización, prescritos debidamente por el médico tratante para la atención médica quirúrgica, atención en caso de accidentes y alivio o prolongación de la vida del paciente, todo ello con elevados criterios de control de costos, los cuales comprenden:

- Electrocardiograma normal y dinámico.
- Laboratorio.
- Exploraciones radiológicas invasivas o no.
- Electroencefalograma.

- Cateterismos y otras exploraciones angiográficas.
- Tomografía axial computarizada y tomografía por emisión de positrones.
- Resonancia magnética nuclear.
- Ultrasonidos.
- Anatomía patológica.
- Otras pruebas especiales de diagnósticos.

HONORARIOS PROFESIONALES:

Comprende honorarios de médicos, cirujanos, anesthesiólogos y ayudantes que hayan practicado una intervención quirúrgica o que hayan intervenido en la asistencia médica a un Titular o Beneficiario, el PAS-FMV reconocerá el monto de los honorarios según un baremo especial para tal fin, considerando las condiciones especiales de confraternidad de la ética médica.

En ningún caso se cancelarán honorarios profesionales a los médicos tratantes con parentesco de consanguinidad o afinidad de primero y segundo grado con el paciente.

CAPÍTULO VI

EXCLUSIONES:

No estarán protegidos por el PLAN los siguientes conceptos:

- 1) Chequeo rutinario de salud (chequeo general de la salud o control periódico de la salud) y exámenes, tratamientos adicionales, tratamientos crónicos, consultas y hospitalizaciones con finalidad de diagnóstico.
- 2) Consultas y prescripciones médicas ambulatorias.
- 3) Cirugía plástica, estética o cosmética, salvo por accidentes cubiertos por el PLAN debidamente reportados en el momento de su ocurrencia y comprobados por el PAS-FMV, para ser indemnizado bajo el mismo. La intervención quirúrgica a que dé lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente, dentro del año PLAN.

- 4) Tratamiento tanto médico como quirúrgico de Acné, Calvicie y Cosmetología.
- 5) Tratamiento de Enfermedad Odontológica o Maxilofacial, salvo por accidentes cubiertos por el PLAN y las patologías Maxilofaciales que comprometan la salud del paciente.
- 6) Maternidad y sus complicaciones, a excepción de la Titular, Cónyuge o Concubina.
- 7) Tentativa Suicida o Autolisis, cuando el asegurado voluntariamente provoque la acción, o por terceros con su consentimiento.
- 8) Enfermedades de Transmisión Sexual, incluyendo Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus efectos y complicaciones.
- 9) Todo siniestro incurrido por la influencia alcohólica y drogas de abuso y drogas de diseño.
- 10) Tratamiento para curar la dependencia del alcohol y sus complicaciones.
- 11) Uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicos, así como sus efectos.
- 12) Servicios optométricos, lentes correctivos.
- 13) Todas las cirugías oculares dirigidas únicamente a la eliminación del uso de lentes correctivos.
- 14) Heridas por acción de guerra, auto infringidas, como consecuencia de hechos provocados por el Titular o Beneficiario en riñas, actos delictivos, manifestaciones, duelos o desafíos.
- 15) Daños ocasionados a terceros por el Titular o por cualquiera de sus Beneficiarios.
- 16) Daños ocasionados como consecuencias de la práctica de deportes de alto riesgo así como la participación en competencias de velocidad o de resistencia.
- 17) Lesiones, accidentes o enfermedades adquiridas a consecuencia de catástrofes o desastres naturales (terremotos, maremotos, inundaciones, huracanes, deslaves).
- 18) Tratamiento de enfermedades o accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía, fuerzas armadas, bomberos, protección civil o cualquier órgano de seguridad del estado.
- 19) Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para la reducción de peso y obesidad, igualmente tratamiento médico para la delgadez constitucional (para aumentar de peso), además de alteraciones del

crecimiento y desarrollo, a excepción de la cirugía bariátrica para la obesidad.

- 20) Acto médico no aprobado por la Federación Médica Venezolana.
- 21) Consulta y/o tratamientos médicos efectuados por acupunturistas, homeópatas y/o terapias en medicina alternativa.
- 22) Gastos de enfermería particular, para el cuidado del paciente o la atención del recién nacido.
- 23) Gastos de medicinas y exámenes complementarios que no se correspondan con la enfermedad, tratamiento o intervención.
- 24) Tratamientos por infertilidad, esterilización en ambos sexos y sus consecuencias, tratamiento o intervenciones quirúrgicas por disfunción o insuficiencia sexual, menarquia, menopausia, climaterio, osteoporosis, inseminación artificial, fertilización in vitro, células madres, impotencia, frigidez, inversión de la esterilización o cambio de sexo, así como los tratamientos anticonceptivos y sus complicaciones.
- 25) Gastos especificados como otros, dentro de una factura, igualmente gastos administrativos del centro clínico u hospitalario tales como: gastos de cobranzas, limpieza, microfilm, estacionamiento, teléfono, tv, películas, baterías, acompañante, misceláneos, gastos innecesarios por servicio o equipos médicos, y otros costos que no sean definidos, ni relacionados con el tratamiento de la enfermedad, cirugía o accidente declarado.
- 26) Uso de centros geriátricos, como mecanismo alternativo de hospitalización de pacientes ancianos o no, afectados por cronicidad de su cuadro y/o enfermedades degenerativas, institutos de convalecencia, sanatorios, instituciones para el descanso o el cuidado y custodia, estancias en balnearios, curas termales y de reposos, spas, hidroclínicas e instalaciones de atención a largo plazo para el tratamiento de enfermedades mentales.
- 27) Cámaras hiperbáricas.
- 28) Curas de reposo, tratamiento de trastornos funcionales de la conducta, neurosis, psicosis y otras enfermedades mentales con las excepciones señaladas aquí, disritmias cerebrales funcionales, demencia senil con o sin hospitalización.

En los casos de episodios psicóticos por esquizofrenia, de enfermedad bipolar o de episodios de depresión mayor recurrente, se

- dará cobertura para la hospitalización por un máximo de treinta días por episodios y hasta por un máximo de dos episodio en el año PLAN.
- 29) Habitación y unidad de cuidados intensivos (UCI) simultáneamente.
 - 30) No se cancelaran honorarios profesionales del médico tratante por tratamiento o consulta post-operatoria, que se genere como consecuencia de la misma operación.
 - 31) Controles de niños sanos.
 - 32) Vacunas inmunológicas, pruebas desensibilizantes para alergias.
 - 33) Equipos médicos duraderos para uso domiciliario como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física (muletas, andaderas, bastón, collarines, medias anti-embólicas etc.), costos por adaptación de vehículos, cuartos de baño, colchones anti-escaras y cualquier otro equipo médico duradero.
 - 34) Indemnizaciones por honorarios a médicos tratantes que tengan parentesco hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad con el paciente o convivan con este.

CAPÍTULO VII

DISPOSICIONES GENERALES:

MATERNIDAD:

- Este beneficio se contempla únicamente para la Titular, cónyuge o concubina del Titular.
- La cobertura de maternidad es hasta el monto establecido en el cuadro de protecciones del Plan (**monto máximo protegido BsF. 13.000,00 menos el deducible de Bs. 200,00**).
- En caso de maternidad la protección se hace extensiva a las complicaciones que de ella se genere como complicaciones inmediatas y durante la hospitalización hasta el monto máximo protegido por el plan de Bs70.000,00 por año plan, por agotamiento.
- La cobertura para este concepto será por año, cualquier gasto ocasionado antes o después del Parto, Cesárea o Aborto, amparado por el PLAN, formará parte del gasto total de maternidad y se cancelará como un solo caso (**monto máximo protegido BsF. 13.000,00**).

- Se cubre los gastos ocasionados por la atención del recién nacido como consecuencia inmediata de su nacimiento, por un monto máximo de BsF. 3.000,00., debiendo ser inscritos en el PLAN PAS-FMV, para lo cual deberá llenar la solicitud de inscripción y anexar los documentos probatorios del nacimiento y de la filiación, y cancelar su inscripción en un plazo no mayor a los 30 días subsiguientes al nacimiento, pasado este período se le aplicarán los plazos de espera establecidos en este reglamento.
- La cobertura de maternidad es complementaria y es requisito indispensable tener la cobertura completa del PAS-FMV, de acuerdo a su grupo etario y aporte correspondiente, para optar a la misma.

FISIOTERAPIA Y REHABILITACION:

- Se indemnizará hasta dos (02) ciclos de terapia física y rehabilitación (máximo de 30 sesiones por ciclo).
- A los efectos del PLAN se establece que las secuelas serán consideradas como parte complementaria en la enfermedad, lesión o maternidad que la origina, en consecuencia se considera a los efectos de las indemnizaciones como un solo caso dentro de un mismo año contrato.

CAPÍTULO VIII

USO DE LOS SERVICIOS

TRAMITES NECESARIOS PARA LA PROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DEL PLAN PAS-FMV

1.- CLAVES DE EMERGENCIA:

- Dirigirse o ser llevado a un servicio de emergencia y presentar la cédula de identidad.
- La clínica se comunicará con el PAS-FMV, para verificar si la persona que solicita el servicio está afiliada, solvente y si tiene disponibilidad de cobertura.
- Al verificar los datos, el Titular o Beneficiario recibirá inmediatamente la atención médica requerida.
- Antes de salir de la clínica debe solicitar su cuenta y verificar que los gastos facturados están de acuerdo con la atención recibida.

- Firmar la factura en señal de conformidad. Si el Beneficiario es menor de edad, la factura debe ser firmado por el Titular; caso contrario, no procederá el pago.
- EL PLAN, cubrirá los gastos incurridos, menos el deducible de los gastos elegibles, razonables, usuales y acostumbrados hasta el límite de cobertura establecida en el PLAN y de acuerdo al baremo.

2.- CARTA AVAL:

En esta modalidad el PAS-FMV otorga una carta aval de acuerdo al baremo, para cirugía y maternidad, previa evaluación y aprobación de la dirección médica del PAS-FMV o quien ésta designe en caso de ser necesario.

PASOS A SEGUIR PARA LA TRAMITACIÓN DE LA CARTA AVAL:

- Seleccionar la clínica afiliada al PLAN.
- Solicitar un informe médico y un presupuesto de gastos de clínica, así como los resultados de los exámenes que corroboren el diagnóstico, en original y una (1) fotocopia, llenar la planilla de solicitud y consignarlos en las oficinas del PAS-FMV, a fin de tramitar y obtener la carta aval, previa verificación de inscripción, solvencia, disponibilidad de cobertura y revisión por la dirección médica del PAS-FMV.
- Al entregar la carta aval a la clínica o médico tratante, podrá recibir la atención médica programada.
- Antes de salir de la clínica debe solicitar su cuenta y verificar que los gastos facturados estén de acuerdo con la atención recibida. (firmar conforme), el PLAN solo reconocerá el monto por el cual fue otorgada la carta aval, a excepción de alguna complicación notificada previamente al PAS-FMV.
- El Titular que se encuentre insolvente, además de someterse a los plazos de espera establecidos en el condicionado, deberá cancelar la totalidad de sus obligaciones de cancelación de los aportes del año PLAN, previo a la solicitud de la carta aval. La Carta Aval tendrá una vigencia de 30 días continuos, a partir de la fecha de emisión.

3.- REEMBOLSOS:

- Seleccione la clínica de su preferencia, es necesario que usted sepa el tope de su cobertura según patología y el baremo.
- Solicite la atención médica que le sea necesaria.
- Antes de salir de la clínica debe solicitar su cuenta y verificar que los gastos facturados están de acuerdo con la atención recibida. (firmar conforme).
- Pagar la totalidad de los gastos incurridos y solicitar la entrega de facturas originales con control SENIAT, debidamente selladas, así como también los informes médicos y resultados de exámenes practicados.
- El Titular que se encuentre insolvente, además de someterse a los plazos de espera establecido en el condicionado, deberá cancelar la totalidad de sus obligaciones de cancelación de aportes o contribuciones del año PLAN, previo a la solicitud del reembolso. No se cancelará ningún siniestro por la modalidad de reembolso, ocurrido durante el período de insolvencia del Titular o Beneficiario.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR REEMBOLSOS:

- Informe original del médico tratante. Dicho informe debe contener:
Nombre del paciente, cédula de identidad, fecha del informe, diagnóstico y tratamiento a seguir, ej: medicamentos o estudio a realizar tales como tomografías, exámenes de laboratorio, rayos x, etc. (en algunos casos el médico indica en el mismo informe, las medicinas que debe tomar el paciente y los estudios a realizarle, de no ser así, debe anexar las indicaciones por separado de cada estudio y medicamento).
- Si le indica la realización de estudios tales como tomografía, rayos x, resonancia magnética, exámenes de laboratorio, etc. debe anexar original del informe del estudio realizado, el estudio radiológico puede ser solicitado en cualquier momento por la dirección médica para su revisión y verificación.
- Si la solicitud del reembolso se trata de rehabilitación o fisioterapia, además del informe del fisiatra, debe

anexar informe del médico tratante que le indico la rehabilitación o fisiatría.

- Si el médico tratante le indica medicamentos que no aparecen en el informe, debe anexar récipes y dosificación de dichas medicinas.
 - Facturas originales sin enmiendas y dentro de la vigencia de dos meses entre la fecha de ocurrencia y la consignación del reembolso en este PLAN.
 - Todos los informes médicos y resultados, deben estar firmados por los respectivos médicos.
 - Las indicaciones de estudios y de medicinas deben tener el nombre del paciente y la fecha.
 - La planilla de solicitud de reembolso debe ser llenada en su totalidad e indicar en todos los casos el número de teléfono. Asimismo, el titular debe detallar en la planilla, los montos de las facturas que contiene dicha solicitud.
 - En caso que el Titular seleccione que el cheque de la cancelación del siniestro, le sea depositado en una cuenta personal, deberá indicar banco, tipo y número de cuenta. Esta opción solo aplica para los médicos del interior de la República
- El PAS-FMV, al recibir todos los documentos ya indicados ordenará y procederá al análisis y liquidación del caso según la cobertura del PLAN y cancelará al Titular hasta el monto correspondiente cubierto según el baremo, ya conocido por el Titular.
 - El reembolso deberá ser justificado, para la procedencia del mismo, aclarando el motivo y la no utilización del sistema, ante la imposibilidad de la carta aval o clave de emergencia, sometiendo el caso a análisis por la dirección médica del PLAN.
- El PAS-FMV reconocerá reembolsos en todos los casos de emergencias asistida en clínicas u hospitales privados en los cuales no acepten o no estén relacionados con el PAS-FMV. En los casos electivos el Titular deberá solicitar la autorización del PAS-FMV, consignando el nombre de la clínica seleccionada, el informe médico y el presupuesto.

- En caso que el Titular o Beneficiario(a) residente en Venezuela presente en el exterior una emergencia médica, el PAS-FMV reembolsará los gastos ocasionados en bolívares al cambio oficial, previa la consignación de los recaudos debidamente certificados por las autoridades consulares respectivas y de acuerdo al baremo.
- Los reembolsos caducan a los treinta (30) días hábiles de ocurrido el evento.

NOTIFICACION DE RECLAMO

El PAS-FMV quedará relevado de su obligación de indemnizar por concepto de reembolso cuando el Titular, Beneficiarios o su representante legal, hubiese dejado de notificar al PAS-FMV la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de treinta (30) días continuos de haberse producido, a menos que compruebe que, la solicitud de reembolso, dejó de realizarse por un hecho ajeno a su voluntad. El PAS-FMV tendrá la obligación de indemnizar el monto que le corresponda dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción del último recaudo consignado por parte del Titular, Beneficiarios o representante legal, salvo causa no imputable al PAS-FMV.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN :

El pago de las indemnizaciones por reembolso a que diere lugar, se pagará únicamente al Titular y si éste hubiese fallecido antes del pago, se cancelará a la persona designada por él o a sus herederos legales, mediante la presentación de la declaración universal de herederos.

PLURIDAD CON ALGÚN SEGURO PARTICULAR

EL Titular voluntariamente comunicará al PAS-FMV la existencia o contratación con cualquier seguro de hospitalización, plan de salud y beneficios quirúrgicos tanto nacional como internacional, bien sea en el momento de la inscripción o si este sucediere durante la vigencia de éste reglamento.

MODALIDADES DE PAGO DEL PLAN

INICIAL (25%) EN TODOS LOS CASOS DE FINANCIAMIENTO Y PODRÁ ADOPTAR LA MODALIDAD DE PAGO DE (09) CUOTAS MENSUALES CONSECUTIVAS, PAGOS BIMENSUALES, TRIMESTRALES, SEMESTRALES Y EL PAGO TOTAL DE LA ANUALIDAD.

CUALQUIER FORMA DE PAGO ELEGIDA POR EL TITULAR DEBE SER CANCELADA POR ADELANTADO, CANCELANDO LA PRIMERA CUOTA ANTES DEL 15 DEL MES DE ABRIL DEL 2010 Y DEBIENDO REALIZAR TODOS LOS PAGOS SUBSIGUIENTES DE FORMA CONSECUTIVA, LOS PRIMEROS (5) CINCO DIAS DE CADA MES.

ES DE CARÁCTER OBLIGATORIO EL REPORTE DE LOS PAGOS MENSUALES REALIZADOS, DE LA FORMA INDICADA POR LA GERENCIA DEL PAS-FMV, PUDIENDO MODIFICARSE EN CUALQUIER MOMENTO PREVIA NOTIFICACION AL TITULAR, EN LAS OFICINAS PRESTADORAS DEL SERVICIO, EN TODOS LOS COLEGIOS DE MEDICOS DEL PAIS O EN LA SEDE DE LA FMV EN CARACAS.

LA NOTIFICACION DEL PAGO DEL APORTE MENSUAL POR EL TITULAR DEBE REALIZARSE EN LOS PRIMEROS CINCO (05) DIAS DE CADA MES.

EL PAS-FMV NO SE HACE RESPONSABLE DEL INCUMPLIMIENTO DE ESTA NORMA POR PARTE DEL TITULAR, GENERANDO LA MISMA, LAS CONSECUENCIAS RELATIVAS A LA INSOLVENCIA PREVISTAS EN EL PRESENTE REGLAMENTO.

EN NINGÚN CASO LAS CUOTAS DEL PLAN SERÁN REINTEGRADAS.

EL TITULAR QUE NO HUBIESE RENOVADO PARA EL NUEVO AÑO PLAN, ANTES DEL 07 DE ABRIL DEL 2010, NO TENDRÁ COBERTURA PARA NINGÚN TIPO DE SINIESTRO DEL NUEVO PLAN.

EN EL CASO DE OPTAR POR LA COBERTURA ADICIONAL DE MATERNIDAD, ES INDISPENSABLE MANTENER LA SOLVENCIA CON LA COBERTURA PRIMARIA DE BsF. 70.000,00 Y CON LA COBERTUTA DE MATERNIDAD. LA MOROSIDAD DE CUALQUIERA DE LAS DOS COBERTURAS ANTERIORMENTE DESCRITAS, DEL TITULAR O

CONYUGE, ACARREA LAS CONSECUENCIAS PREVISTAS EN EL PRESENTE REGLAMENTO.

DESCUENTOS POR PAGO TOTAL DEL AÑO PLAN ADELANTADO:

- **5% DE DESCUENTO PARA DOS (2) INSCRITOS DEL MISMO GRUPO FAMILIAR.**
- **8% DE DESCUENTO PARA TRES (3) Y MAS INSCRITOS DEL MISMO GRUPO FAMILIAR.**

EL PRESENTE REGLAMENTO ENTRARÁ EN VIGENCIA A PARTIR DEL 07 DE ABRIL DEL 2010 HASTA EL 06 DE ABRIL DEL 2011, QUEDANDO DEROGADO CUALQUIER REGLAMENTO O CONDICIONES DE USO DEL PLAN APROBADO CON ANTERIORIDAD.

EL TITULAR O BENEFICIARIO DEBERÁ DECLARAR AL MOMENTO DE SU AFILIACIÓN AL PLAN, EN LA RESPECTIVA PLANILLA DE AFILIACIÓN QUE CONOCE EL PRESENTE REGLAMENTO Y QUE ESTÁ CONFORME CON TODOS SUS TÉRMINOS Y CONDICIONES.