

FEDERACION MÉDICA VENEZOLANA



PLAN ADMINISTRADO DE SALUD FMV - PAS

2008-2009

REGLAMENTO GENERAL

PRESENTACION

El presente REGLAMENTO GENERAL DEL PLAN ADMINISTRADO DE SALUD FMV-PAS, tiene la finalidad de desarrollar la normativa del Plan, a objeto de establecer los derechos y obligaciones de los Afiliados, Afiliadas y/o Beneficiarios o Beneficiarias del Plan, sobre las condiciones y requisitos vigentes para la utilización de los servicios amparados dentro de los límites de cobertura establecidos y detallados en el Plan en todo el territorio nacional.

OBJETIVO DEL PLAN

El Plan Administrado de Salud FMV - PAS, tiene por objeto garantizar a los AFILIADOS y AFILIADAS, BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS inscritos en el PLAN, la cancelación de los gastos justos y razonables incurridos por estos, dentro de los límites y condiciones establecidos, por las regulaciones hechas por la FMV, por concepto de Hospitalización, Cirugía, Atención Ambulatoria de Exámenes Especiales o Maternidad, a consecuencia de las lesiones tratadas por Accidentes, Emergencias, y/o por las consecuencias que originen las enfermedades, que están amparadas por la cobertura del PLAN siempre que estos eventos ocurran durante la vigencia del mismo, y que el AFILIADO y AFILIADA, BENEFICIARIO o BENEFICIARIA esté solvente con la FMV-PAS.

DEFINICIONES

AFILIADO o AFILIADA: Persona natural, de profesión médico inscrito y solvente con la FMV y el Colegio de Médicos respectivo.

BENEFICIARIO O BENEFICIARIA: Personas inscritas por El AFILIADO o AFILIADA en el PLAN de acuerdo a las condiciones y requisitos previstos en el presente Reglamento General.

SOLVENTES: Afiliados o Afiliadas que no presenten deudas al momento de solicitar los servicios del Plan, igualmente se podrán considerar como solventes el Afiliado o Afiliada que demostrase un atraso máximo de dos (2) meses. **PASADO ESTE PERÍODO DE GRACIA EL AFILIADO O AFILIADA QUEDARÁ ELIMINADO, AUTOMÁTICAMENTE DEL SISTEMA;** sin derecho a ningún tipo de devolución por pagos efectuados, como tampoco

alguna reclamación por reembolso. En caso de que el AFILIADO o AFILIADA cancele las cuotas atrasadas antes señaladas quedará sujeto a los plazos de espera previstos en el presente Reglamento General.

LAS PARTES: Son: el AFILIADO o AFILIADA y la FMV-PAS.

REPRESENTANTE LEGAL: Persona legalmente autorizada por el AFILIADO o AFILIADA mediante poder debidamente autenticado, para que en caso de reclamo y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante la FMV-PAS si se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.

CERTIFICADO DE IDENTIFICACIÓN: Documento donde se indican los datos particulares del PLAN, como son: número del certificado, nombre del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS, dirección del cobro, coberturas, suma máxima de responsabilidad, monto del aporte, forma de pago, período de vigencia, porcentaje de indemnización y firmas por la FMV-PAS y el AFILIADO o AFILIADA

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, puerperio como son: diabetes gestacional, nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardiaca y toxemia gravídica, embarazo ectópico, embarazo molar, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, la hiperémesis gravídica y sus complicaciones.

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

CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS: Cualquier Instituto de salud público o privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes, para prestar servicio de hospitalización, asistencia médica quirúrgica u obstétrica. No son considerados así, a los efectos de este Plan: los institutos o lugares de descanso, centros exclusivos para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas exclusivamente al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidroclínicas spas y otras instituciones semejantes a las antes indicadas.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del BENEFICIARIO o BENEFICIARIA que afecta su capacidad funcional.

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

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

PREEXISTENCIA: Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse que fue adquirida con anterioridad a la fecha en la que haya sido incluido el AFILIADO o AFILIADA sus BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS en el PLAN y que sea conocida.

Cuando FMV-PAS alegue que una determinada enfermedad es preexistente, el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA estará obligado a someterse a los exámenes que le sean requeridos por FMV-PAS para tales fines, cuyo costo será con cargo al PLAN FMV-PAS

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

GASTOS RAZONABLES: Es el costo promedio, calculado por FMV-PAS, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de este REGLAMENTO GENERAL se encuentren cubiertos.

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 AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA.
- 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 AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, esté reconocido por el PLAN de la Federación Médica Venezolana y no sea de naturaleza experimental o investigativo.
- d) Que no sean para el confort o la conveniencia personal del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, de su familia o de su médico.
- e) Que no excedan en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

DOCUMENTOS ADICIONALES IMPRESCINDIBLES: Todos aquellos documentos de carácter adicional que requiera la FMV-PAS al AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o a su representante legal, con referencia a la reclamación, con el objeto de determinar el derecho a indemnización que pudiera tener.

AÑO – PLAN: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio del PLAN, el 07 de abril de 2008.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL PLAN: El Reglamento General, la planilla de inscripción y declaración de salud, el certificado de identificación y el recibo de aporte.

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

APORTE: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el AFILIADO o AFILIADA a la FMV-PAS.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada que deberá asumir el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA y en consecuencia no será pagada por FMV-PAS en caso de ocurrencia de un RECLAMO cubierto por el PLAN.

SUMA MÁXIMA DE RESPONSABILIDAD ASEGURADA: Es el monto contratado que se indica en el Certificado de Identificación y representa la máxima responsabilidad de FMV-PAS para el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS inscritos, por enfermedad o accidente durante el AÑO - PLAN

Hasta un máximo de Bs. 60.000,00

COBERTURAS

COBERTURA	LIMITE MAXIMO DE INDEMNIZACION EN BS.
Tratamiento ambulatorio sin cirugía máxima por personas, enfermedad y año Plan hasta agotar la cobertura.	3.000,00
Porcentaje de reembolso	100% menos el deducible
A.- Gastos amparados: sala de hospitalización, quirófano, anestesia, oxígeno, transfusiones, radiografías y terapia intensiva.	
Exámenes especiales, exámenes de laboratorio, radioterapia, medicamentos intrahospitalarios, drogas anti-neoplásicas, material medico-quirúrgico, honorarios médicos, hasta un máximo de: acuerdo al BAREMO .	60.000,00
Maternidad. (SOLO MUJER TITULAR O CONYUGUE).	Bs. 7.000,00
	NO APLICA PARA LAS HIJAS NI HERMANAS, NI MADRE NI SUEGRA.
B.- Limites específicos:	100% menos el deducible
Cuidado de recién nacido (1er. mes)	Bs. 3.000,00
PRE-EXISTENCIA	Previamente admitida por el departamento médico.

Deducible, para todos los casos Bs. 150,00

Las coberturas a que se refiere el PLAN estarán limitadas por AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA y AÑO REGLAMENTO GENERAL. El Plan solo cubre en el **TERRITORIO DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.**

BENEFICIARIOS ELEGIBLES

Pueden ser elegibles a inscribirse en este PLAN: el TITULAR, (AFILIADO o AFILIADA), MÉDICO FEDERADO SOLVENTE con FMV y Colegio de Médicos.

LOS DEPENDIENTES (Familiares):

El, la cónyuge o concubino(a) del Titular, sin límite de edad; siempre y cuando presente las respectivas constancias.

Los hijos solteros del AFILIADO, o AFILIADA legítimos o legitimados, reconocidos o adoptivos, siempre y cuando presenten las respectivas constancias, cédula de identidad y partida de nacimiento, hasta los 28 años de edad, **que dependan del titular.**

Los hermanos solteros del AFILIADO, o AFILIADA, siempre y cuando presenten las respectivas constancias, cédula de identidad y partida de nacimiento, hasta los 25 años de edad, **que dependan del titular.**

Los hijos solteros del AFILIADO o AFILIADA legítimos o legitimados, reconocidos o adoptivos, desde el mismo momento de su nacimiento, siempre y cuando presenten las respectivas constancias, cédula de identidad, partida de nacimiento, que sean mayores de 29 años de edad, hasta los 45 años de edad, **que dependan del titular.**

Los hermanos solteros del AFILIADO o AFILIADA, siempre y cuando presenten las respectivas constancias, cédula de identidad, partida de nacimiento, que sean mayores de 26 años de edad, hasta los 45 años de edad, **que dependan del titular.**

Los nuevos ingresos de padres y/o suegros con edad máxima de 80 años.

Padres y/o suegros, del AFILIADO o AFILIADA, inscritos en el Plan FMV-PAS en el año 2006 y antes, hasta 95 años de edad

Los(las) sobrevivientes cónyuges o concubinos(as) y familiares de médicos federados solventes fallecidos con las mismas condiciones del titular; siempre y cuando presente las respectivas constancias.

Los neonatos deben aparecer inscritos en el PLAN y estarán cubiertos, desde el momento de su nacimiento, hasta por 30 días, fecha tope; para su atención. Durante éste periodo se debe proceder a su inscripción.

Los neonatos deben ser inscritos dentro de los **TREINTA (30)** días contados desde su fecha de nacimiento, para lo cual deberá llenar la solicitud de inscripción y anexar los documentos probatorios del nacimiento y de la filiación, y cancelar su inscripción. Pasado este período se les aplicará los plazos de espera establecidos en el presente reglamento.

EXCLUSIONES TEMPORALES

Definición: son aquellas afecciones que requieren de un tiempo prudencial para que sean cubiertas por el Plan de Salud.

Todos los inscritos en el Plan Administrado de Salud FMV- PAS gozarán de los beneficios establecidos siempre que la enfermedad, hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamientos médicos no se encuentren indicados en la cláusula de exclusiones permanentes y una vez transcurridos los plazos de espera., tendrán cobertura inmediata:

- **LOS ACCIDENTES**
- **EMERGENCIAS CON TRATAMIENTOS MÉDICO O QUIRÚRGICAS**

PLAZOS DE ESPERA PARA LOS NUEVOS INSCRITOS

TENDRÁN COBERTURA DESPUÉS DE SEIS (06) MESES CONTADOS A PATIR DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

AMIGDALECTOMIA, ADENOIDES Y SENOS PARANASALES, GLAUCOMA, ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR, SÍNDROME VARICOSO Y SUS COMPLICACIONES, VARICOCELE, MASTECTOMIA, HISTERECTOMIA Y PROLAPSO VAGINAL, VESÍCULA Y VÍAS BILIARES, HERNIAS NO CONGÉNITAS, ENFERMEDAD ULCEROPÉPTICA, HEMORROIDES, LITIASIS DE VÍAS URINARIAS, Y MENISGOPATÍA DE RODILLA.

TENDRÁN COBERTURA DESPUÉS DE DIEZ (10) MESES CONTADOS A PATIR DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL PLAN
MATERNIDAD, EMBARAZO MOLAR, AMENAZAS DE PARTO

TENDRÁN COBERTURA DESPUÉS DE SEIS (06) MESES CONTADOS A PATIR DE LA FECHA DE INICIO DEL PLAN
ABORTO ESPONTÁNEO, EMBARAZO ECTÓPICO, Y AMENAZAS DE ABORTO

PRE-EXISTENCIA

Se consideran enfermedades pre-existentes todas aquellas tratadas y diagnosticadas antes de la inscripción en el PLAN, declarada en la planilla de afiliación (cuestionario médico) que pueda determinarse del informe médico del afiliado..

El AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS que formalizaron su inscripción, dentro del período asignado para ello, le serán amparadas las condiciones médicas pre-existentes declaradas, conocidas, diagnosticadas y admitidas por el departamento médico (en un plazo de 30 días hábiles), sino se encuentran excluidas se cubrirá hasta un máximo de veinte mil de bolívares (Bs. 20.000,00).

GASTOS AMPARADOS

EL AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIOS o BENEFICIARIAS inscritos en el PLAN, tendrán derecho a "Cobertura de Gastos" en casos de accidentes y/o enfermedades ocurridas posteriormente a la fecha de comienzo de inscripción del PLAN y que den lugar a hospitalización y/o intervención quirúrgica.

A) **GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN:** son los gastos en que incurre el AFILIADO o AFILIADA y/o el BENEFICIARIO o BENEFICIARIA durante su permanencia en calidad de paciente en el centro clínico hospitalario y comprenden los siguientes conceptos:

A.1) **CUARTO DE HOSPITALIZACIÓN:** son los gastos diarios derivados del uso de habitación para la recuperación de la salud en el centro hospitalario por parte del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, incluyéndose en dichos gastos diarios el hospedaje, alimentación, atención de enfermería y paramédico, así como también todos aquellos servicios e instalaciones que son inherentes a la habitación para el cuidado de la salud. El total de gastos incurridos por este concepto se determinará sobre la base del número de días completos que el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA estuvo hospitalizado.

A.2) **HISTORIA CLÍNICA Y DE ADMISIÓN:** es el gasto que se origina el primer día de hospitalización, con motivo de registro clínico del paciente BENEFICIARIO en el centro clínico u hospitalario a fin de recibir la atención médica que se necesite.

A.3) **SALA DE TERAPIA INTENSIVA:** es el gasto diario en que se incurre durante la hospitalización del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA por el uso debidamente ordenado por los médicos tratantes, de la sala de terapia intensiva del centro hospitalario para atender enfermedades graves y situaciones de emergencias vitales del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA.

A.4) **HONORARIOS MÉDICOS:** se refiere a los gastos por concepto de emolumentos a los médicos tratantes. La estipulación de los honorarios entre las partes, debe ser razonable e inspirada en el justiprecio de los servicios profesionales que reciba AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, así como también tomando en cuenta las normas legales de la medicina, del Código de Deontología Médica que origine el libre ejercicio de la medicina, y en todo caso los honorarios médicos no deben superar lo establecido en el Baremo de costos referenciales aprobado por la Federación Médica Venezolana. En casos de emergencia médica el centro clínico u hospitalario, suministrará a FMV-PAS el presupuesto de gastos por este concepto.

En caso de intervenciones quirúrgicas los honorarios correspondientes tanto al primer ayudante y al anestesiólogo será el equivalente al 40% del cirujano principal y de un 30% para el segundo ayudante. También se considerarán por este concepto, los honorarios médicos, derivados de visitas médicas realizadas por otros médicos especialistas, con el objeto de atender complicaciones post-operatorias durante el período de recuperación del AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, mientras éste se encuentre hospitalizado.

A.4.1) **HONORARIOS DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:** (por tratamiento de enfermedades) se refiere a los honorarios de un médico especialista correspondiente a la atención de un AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA que por orden médica se encuentre hospitalizado para el tratamiento de una enfermedad, lesión, o intervención quirúrgica que no requiera de cirugía cortante, o en aquellos casos que se consideren emergencias médicas que no requieran hospitalización.

A.5) **GASTOS DE CLÍNICA:** son los gastos en que se incurran mientras dure la hospitalización para el tratamiento de una enfermedad o consecuencia de una intervención quirúrgica practicada al AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA y que sean necesarias para restablecer la salud del mismo. Dichos gastos deben guardar proporción con la naturaleza y complejidad de la enfermedad o lesión que causen tales gastos, siempre y cuando dicha lesión o enfermedad, se encuentren amparadas según los términos del PLAN.

Queda entendido que todos los exámenes practicados, servicios, materiales y medicamentos utilizados deben estar debidamente prescritos por los médicos tratantes; así mismo tales servicios y materiales deben ajustarse a las cantidades realmente utilizadas o suministradas al AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA mientras se encuentre hospitalizado.

A continuación se especifican los conceptos de gastos que se incluyen en esta parte:

- ° Sala de operaciones (quirófano)
- ° Derecho de material de anestesia
- ° Oxígeno

- Transfusiones de sangre, exangineo transfusión
- Procedimiento de imagenología (RX simple, tomografías lineales, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia magnética, artrografía, ultrasonidos, tomografías tridimensionales y similares).
- Exámenes de laboratorios y estudios microbiológicos.
- Medicinas, las mismas deben ser autorizadas por prescripción médica y deben relacionarse con el tratamiento de la enfermedad o lesión, y sus costos no deben estar por encima del P.V.P.
- Material quirúrgico y de cura, serán indemnizados contra la presentación del detalle del consumo suministrado por la institución clínica u hospitalaria utilizados y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión, y sus costos no deben estar por encima del P.V.P.
- Terapia respiratoria.
- Exámenes especiales y estudios anatomopatológicos (biopsias, citología, punciones, pruebas de esfuerzo, electrocardiograma en reposo (EKG) holter, electroencefalograma (EEG), electro, miografía (EMG), y otros.
- Monitoreo (electrocardiografía, presión arterial invasiva o no invasiva, saturación de oxígeno presión intracraneal), dinamap, telemetría y aparatos de presión positiva.

Cubre marcapaso y colocación de steem coronario hasta un máximo de Bs. 10.000,00

a) **GASTOS POR CIRUGÍA AMBULATORIA:**

Son aquellos gastos en que incurre el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA por aquellos actos quirúrgicos que representan un menor riesgo para el paciente, cuyas características permitan obviar el proceso de ingreso y hospitalización al centro medico u hospitalario hasta la cobertura especificada en el Plan.

- b) **TRATAMIENTO AMBULATORIO (SIN CIRUGÍA)** y atención de exámenes especializados (situación de observación sin hospitalización), se cubrirán los gastos amparados en que razonablemente incurra el AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, por concepto de atención médica para atender una enfermedad diagnosticada o un accidente que lo amerite, en la emergencia de la clínica o ambulatorio. A continuación se especifican los gastos amparados, mientras dure la observación:

Honorarios médicos

Medicinas.

Exámenes de laboratorio.

Rayos x u otros exámenes.

Informe médico y facturas de la clínica originales, debidamente canceladas selladas.

EXCLUSIONES

EXCLUSIONES PERMANENTES

No tendrán derecho a las prestaciones contempladas en EL PLAN de Salud en los casos de:

- a) Consultas, exámenes y hospitalizaciones con fines de diagnóstico o para chequeo general de la salud o control periódico de la salud.
- b) Enfermedades y anomalías congénitas, diabetes mellitus tipo I y sus complicaciones y otras.
- c) Cirugía plástica cosmética o reconstructiva, excepto como consecuencia de los accidentes cubiertos por el PLAN debidamente reportados en el momento de su ocurrencia y comprobados por FMV-PAS, para ser indemnizado bajo el mismo. La intervención quirúrgica a que de lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente, dentro del año Plan.
- d) Cirugía ortopédica reconstructiva, salvo lo considerado en enfermedades preexistente, en caso de artroplastias se cubrirán gastos de prótesis y material de implanté hasta un máximo de Bs. 10.000.00, en dispositivos utilizados para correcciones de lesiones o defectos pre-existentes a la fecha de efecto del PLAN. Equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baño, residencias y cualquier otro equipo médico duradero.
- e) Consulta y exámenes de la vista, corrección de vicios de refracción bien sea por métodos quirúrgicos (queratotomía radial, implante de lente intraocular, cura de aniseiconia ametrópica, cura de estrabismo y otras) o no quirúrgicos (anteojos, lentes de contacto, lentes de corrección.)
- f) Tratamiento de enfermedades y operaciones odontológicas o máxilo facial (disonias miofaciales por mal posición dentaria, anomalías del crecimiento de maxilares y tratamiento de cualquier índole de la articulación temporomaxilar) exceptuando los casos donde la lesión sea de origen traumático a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del PLAN, en cuyo caso el AFILIADO o AFILIADA y/o el BENEFICIARIO o BENEFICIARIA deberá solicitar autorización para efectuarse dicho procedimiento odontológico.
- g) Tratamientos o intervenciones de la región cráneo mandibular, el síndrome temporo-mandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos de esa articulación.

- h) Consulta, control, tratamiento y consecuencia en enfermedades de transmisión sexual y epidemias notificadas de cualquier tipo y sus complicaciones
- *i) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y complicaciones.
- *j) Enfermedades o lesiones producidas por radiaciones nucleares o cualquier tipo de radiación. Cubre solo radioterapia por cáncer, siempre que no sea pre-existente.
- k) Trastornos y deficiencias mentales, curas de reposo, tratamiento de trastornos funcionales de la conducta (tales como neurosis, depresión, angustia, psicosis y otras), disritmias cerebrales funcionales, solo si se origina durante la hospitalización, demencia senil con o sin hospitalización o en residencia geriátrica.
- l) Tratamientos para curar la dependencia del alcohol, drogas de abusos y drogas de diseño, estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones agudas o crónicas, etilismo, así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol, drogas estupefaciente y psicotrópicas.
- m) Tratamiento o intervenciones quirúrgicas por disfunción o insuficiencia sexual, menarquia, menopausia, infertilidad, climaterio, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización o cambio de sexo, así como los tratamientos anticonceptivos y sus complicaciones. Engrapadora en sutura de piel, hemorroides y otros.
- n) Participación activa en hechos delictivos, de las consecuencias de actos de guerra declarada o no en cualquier país, o acto relacionado con ellas tales como: motín, insurrecciones, conmoción civil, revoluciones, tumultos populares o rebeliones.
- o) Lesiones y sus consecuencias derivadas de la participación en duelos, riñas y desafíos tantos privados como público, en el cual haya intervenido el AFILIADO o AFILIADA y/o el BENEFICIARIO o BENEFICIARIA.
- p) Tentativa de suicidio y lesiones auto-infringidas, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.
- q) Tratamiento de enfermedades o accidentes que surgan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- r) Cualquier tratamiento proporcionado por personal paramédico, médico o enfermera que tenga parentesco con el AFILIADO o AFILIADA y/o el BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o que conviva con éste y actos médicos no aprobados por la Federación Médica Venezolana, tales como acupuntura, medicina naturista, homeopatía alternativa, estética, terapia celular, cámara hiperbárica (excepto en los casos que sea utilizado con fines terapéuticos), y aquellos de naturaleza experimental o investigativa. Los gastos de cualquier crio-preservación, la implantación y la reimplantación de células vivas.

- s) Chequeo y control ginecológicos, menopausia, tratamientos pre y post natales, embarazo y sus resultante: parto, aborto, cesárea, cualquier complicación de la maternidad salvo donde se haya contratado la maternidad y se hayan cumplido los lapsos de espera.
- t) Pruebas alérgicas y tratamiento desensibilizantes.
- u) Atención de estados gripales y virales.
- v) Fisioterapia y rehabilitación, tratamiento para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje, salvo las requeridas como consecuencia de accidente o enfermedades cubiertas por el PLAN, hasta un máximo de diez (10) sesiones.
- w) Costo de adquisición e implantación de corazón artificial. Cubre marcapaso y colocación de steem coronario hasta un máximo de Bs. 10.000,00.
- x) Tratamientos médicos quirúrgicos y nutricional para la obesidad o reducción de peso igualmente tratamiento medico para la delgadez constitucional (para aumentar de peso).
- y) Tratamientos quirúrgicos de patología no tumoral de las glándulas mamarias, mastoplastia reductora o de aumento con fines estéticos o funcionales.
- z) Órganos, el costo del órgano y su adquisición en transplantes de órganos.
- aa) Consulta, estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones en el crecimiento y desarrollo.
- ba) Enfermeras privadas para atención personalizada o para el cuidado del paciente, fuera y dentro del centro clínico u hospitalario.
- bb) Gastos administrativos del centro clínico u hospitalario tales como: gastos de cobranzas, limpieza, microfilm, estacionamiento, teléfono, TV, 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.
- cc) Enfermedad epidémica o endémica. Atención no quirúrgica de la tuberculosis.
- dd) Enfermedades o lesiones causadas por accidentes catastróficos (terremotos, maremotos, inundaciones, accidentes nucleares, huracanes, deslaves) o radiación nuclear y sus consecuencias.

USO DE LOS SERVICIOS

PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS (sólo para solventes)

1.- CASOS DE EMERGENCIA

* Dirigirse o ser llevado a un servicio de emergencia y presentar certificado de identificación o la cédula de identidad

* La Clínica se comunicará con FMV-PAS, para verificar si la persona que solicita el servicio está afiliada y solvente.

* Al verificar los datos, el afiliado 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 AFILIADO o AFILIADA; caso contrario, no se procederá el pago.

* Llenar el formulario de reclamo del servicio de salud y solicitar que lo haga también el médico tratante.

* EL PLAN, cubrirá el 100% 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.-INTERVENCIONES O TRATAMIENTOS MÉDICOS PROGRAMADOS

Evaluación por delegado regional donde exista o por la Dirección médica

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 dos (2) fotocopias, consignarlo en las oficinas de FMV-PAS, a fin de tramitar su solicitud y obtener la carta aval previa verificación de inscripción y solvencia.

* Al entregar la carta aval a la clínica, o médico tratante podrá recibir la atención médica programada.

* Llenar el formulario de reclamación del servicio de salud y solicitar que lo haga también el médico tratante.

* El PLAN, cubrirá el 100% 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.

* El AFILIADO o AFILIADA que se inscriba como único beneficiario del plan, para obtener una carta aval, deberá cancelar el monto correspondiente a la totalidad de su cuota anual, para garantizar sus obligaciones con el PLAN y la continuidad del mismo.

El AFILIADO o AFILIADA que solicite una carta aval, habiendo cumplido con los requisitos exigidos, si el monto del siniestro excede la suma del plan, deberá cancelar la totalidad de las prima correspondiente al beneficiario que haga uso del Plan. En caso de que el AFILIADO o AFILIADA incumpla con lo aquí previsto FMV-PAS procederá a descontar de la factura e indemnizar los montos de la anualidad total que corresponda al Plan

REEMBOLSOS

PASOS A SEGUIR PARA SU TRAMITACIÓN.

- * Seleccione la clínica de su preferencia.
- * Solicite la atención médica que le sea necesaria.
- * Si va a una clínica no afiliada al Plan, y es la clínica de su preferencia, es necesario que usted sepa el tope de su pago según patología y el baremo.
- * Antes de salir de la clínica debe solicitar su cuenta y verificar que los gastos facturados están de acuerdo con la atención recibida.
- * Pagar la totalidad de los gastos incurridos y solicitar la entrega de facturas originales, debidamente selladas, así como también los informes médicos y resultados de exámenes practicados.
- * El AFILIADO o AFILIADA que se inscriba como único beneficiario del plan, para solicitar la cancelación de un reembolso, deberá TENER CANCELADO el monto correspondiente a la totalidad de su cuota anual, para así garantizar sus obligaciones con el PLAN y la continuidad del mismo.
- * Todo esto debe ser entregado a las oficinas de atención del PLAN, junto con la planilla de solicitud de reembolso debidamente acompañada de los siguientes recaudos en ORIGINAL y DOS (2) FOTOCOPIAS: informe médico amplio y detallado, los resultados de todos los exámenes que corroboren el diagnóstico, facturas originales de la clínica y honorarios médicos debidamente membretados y sellados, facturas de farmacias desglosadas con nombre y monto de las medicinas y récipes médicos. Todas las facturas deben estar previamente CANCELADAS y selladas.
- * La FMV-PAS, al recibir TODOS LOS DOCUMENTOS ya indicados ordenará y procederá al análisis y liquidación del caso según la cobertura del plan y cancelará al afiliado hasta el monto correspondiente cubierto; según el baremo ya conocido por el AFILIADO o AFILIADA.
- * 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 ingreso, sometiendo el caso a chequeos post-tratamiento.
- * **Los reembolsos caducan a los sesenta (60) días de ocurrido el evento.**

SELECCIÓN DE MÉDICOS Y EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

SELECCIÓN DE MÉDICOS Y EXTENSIÓN GEOGRÁFICA

El AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA, podrá elegir libremente la clínica u hospital, médicos y cirujanos que le puedan prestar los servicios requeridos para su hospitalización, intervención quirúrgica y/o tratamiento médico ambulatorio o para la atención obstétrica.

El AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA se puede atender en otras clínicas con el médico que seleccione, pero deben ajustarse al Baremo para el Reembolso.

El AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA del PLAN, tienen validez en cualquier parte de la República Bolivariana de Venezuela en moneda nacional de acuerdo a la cobertura del mismo.

PROCEDIMIENTOS EN CASOS DE RECLAMOS Y OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

RECLAMACIONES:

Las indemnizaciones según el PLAN se pagarán en base a certificaciones médicas, informaciones de instituciones hospitalarias legalmente autorizadas pero ajustadas al Baremo de costo referencial, facturas y recibos, todos originales, debidamente cancelados, concernientes a servicios expresamente cubiertos por el PLAN.

Para obtener la Indemnización que pueda proceder según EL PLAN, AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA deberá formular y entregar a FMV-PAS una reclamación por escrito en los respectivos formularios de reclamo, para ello diseñado, acompañada de los recaudos originales dentro de los SESENTA (60) días siguientes y continuos a la fecha de alta de la hospitalización o intervención quirúrgica.

Si no se hiciera el reclamo en el lapso indicado, AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA perderá el derecho a la Indemnización que le otorga el PLAN, a menos que fuere por causa de fuerza mayor demostrable.

El AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA está igualmente obligado, en cualquier tiempo, a entregar todos los recibos, facturas, radiografías, resultados de exámenes y otros documentos justificativos, actas y cualquier otra documentación que se considere necesario exigidas por parte de la FMV-PAS con referencia al reclamo, todos en originales.

La responsabilidad por reclamos rechazados, por no haberse suministrado los recaudos exigidos o por considerarse improcedente, así como también los gastos incurridos y no presentados oportunamente, caducan a los SESENTA (60) días continuos.

Así mismo, se obliga AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA a certificar la exactitud de sus reclamos, así como, las circunstancias y cuestionarios contenidos en el formulario de reclamos si los hubiere, mediante una declaración hecha, bajo juramento o en cualquier forma legal así como autorizar a cuantos médicos le atendiere, para facilitar a la FMV-PAS cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron el reclamo.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

CANCELACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

El pago de las indemnizaciones cubiertas a que diere lugar, se efectuará únicamente al AFILIADO o AFILIADA y si éste hubiese fallecido antes del pago, se cancelará a la persona designada por él o a sus herederos legales.

NOTIFICACIÓN DE RECLAMO

La FMV-PAS quedará relevada de su obligación de indemnizar, cuando el AFILIADO o AFILIADA, BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o su REPRESENTANTE LEGAL, hubiese dejado de notificar a la FMV-PAS la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de treinta (30) días continuos de haberlo conocido, así como también cualquier clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo, a menos que compruebe que la misma deje de realizarse por un hecho ajeno a su voluntad.

La FMV-PAS 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 que haya recibido el último recaudo por parte del AFILIADO o AFILIADA, BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o su REPRESENTANTE LEGAL, salvo causa extraña no imputable a la FMV-PAS. En caso de que La FMV-PAS considere que existen circunstancias o hechos que justifiquen el rechazo de la indemnización del siniestro reclamado, en todo o en parte, deberá notificarlo por escrito al AFILIADO o AFILIADA, BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o su REPRESENTANTE LEGAL

ARBITRAJE

En caso de que las partes no puedan coincidir en cuanto a la interpretación, aplicación, desarrollo o ejecución de este REGLAMENTO GENERAL, quedan en libertad de someter sus diferencias a un procedimiento de arbitraje, el cual se llevará a cabo de acuerdo a lo establecido en la Ley especial que rige la materia y en su defecto, se aplicará el procedimiento previsto en la Ley de Arbitraje Comercial y en este caso el lapso para producir el laudo será de treinta (30) días hábiles contados a partir del vencimiento del período probatorio y el laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CADUCIDAD

Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo o de la inconformidad con el pago de cualquier reclamo, el AFILIADO o AFILIADA, BENEFICIARIO o BENEFICIARIA o su REPRESENTANTE LEGAL no hubiere demandado judicialmente a la FMV-PAS o acordado con ésta, someterse al Arbitraje previsto en el artículo anterior, caducarán todos los derechos derivados de este **REGLAMENTO GENERAL** con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado o pagado.

A los efectos de éste REGLAMENTO GENERAL se entenderá iniciada la acción judicial, una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas de este REGLAMENTO GENERAL prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

PLURIDAD CON ALGÚN SEGURO PARTICULAR

EL AFILIADO o AFILIADA y/o BENEFICIARIO o BENEFICIARIA se obliga a comunicar a la FMV-PAS la existencia o contratación con cualquier seguro de hospitalización, Plan de Salud y beneficios quirúrgicos tanto nacional(es) como internacional(es), bien sea en el momento de la inscripción o si este sucediere durante la vigencia de éste REGLAMENTO GENERAL.

AVISOS

Cualquier comunicación para la FMV-PAS deberá hacerse por escrito, con acuse de recibo, bien sea por correo certificado, correo electrónico, telegrama o fax (ratificado).

Lo no contemplado en este Reglamento General será sometido a una comisión designada por el Comité Ejecutivo.