

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACION DEL PROGRAMA “MEDICO FAMILIAR”

1. INTRODUCCIÓN

GEA ECUADOR S.A. brindará con el programa “**MEDICO FAMILIAR**”, al **AFILIADO** a dicho programa, los servicios de Mediphone, Asistencia en Consultas Médicas, Asistencia en Exámenes de Diagnóstico, ABC Preventivo, Servicios Especiales, Asistencia en Ambulancias, Asistencia en Sala de Emergencia por Accidente, Asistencia en Hospitalización, Asistencia Post Hospitalaria, Otros Beneficios y la **PÓLIZA** en caso de accidentes personales, ante cualquier eventualidad las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año. Con tan solo una llamada a **GEA**, esta última procederá inmediatamente a gestionar la provisión al **AFILIADO** de aquellos servicios necesarios para la inmediata atención, con el alcance y las limitaciones determinadas en este Anexo.

2. 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.

- A) **ACCIDENTE:** Cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, dando lugar una lesión corporal.
- B) **AFILIADO:** Es la persona física inscrita al programa “**MEDICO FAMILIAR**”, es decir el **AFILIADO TITULAR**, y sus **BENEFICIARIOS**.
- C) **AFILIADO TITULAR:** Es la persona física que contrata el programa “**MEDICO FAMILIAR**”.
- D) **ASEGURADO:** El **AFILIADO TITULAR**.
- E) **ASEGURADORA:** SEGUROS SUCRE, compañía de seguros legalmente establecida y con capacidad de operar en la República del Ecuador, en la rama de Vida y accidentes personales, con la cual **GEA**, a su sola discreción, contratará una póliza de seguro que ampare al **ASEGURADO**, a través de la contratación del programa de **MEDICO FAMILIAR** con las coberturas mencionadas en el presente Anexo.
- F) **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Prestaciones Médicas que no requieren **HOSPITALIZACIÓN**.
- G) **ATENCIÓN HOSPITALARIA:** Prestaciones Médicas de mayor importancia que requieren **HOSPITALIZACIÓN**.
- H) **AUSCULTACIÓN:** Es un método utilizado por un médico a través del estetoscopio para escuchar los sonidos del cuerpo mediante un examen físico.
- I) **BENEFICIARIOS:** Se refiere al cónyuge e hijos dependientes menores de 23 años, que vivan permanentemente con el **AFILIADO TITULAR**, quienes podrán gozar de todos los servicios y beneficios, a excepción de los indicados en la **POLIZA**.
- J) **CCE:** Centro de Coordinación de Emergencias. Está conformado por Médicos operadores y/o personal capacitado para atención de urgencias y emergencias de acuerdo a los **PROTOCOLOS MÉDICOS** de atención.
- K) **CSM:** Centro de Servicios Médicos. Está conformado por personal especializado y capacitado para coordinar y autorizar los servicios médicos.
- L) **CONSULTA EXTERNA:** Es la oportunidad de acceder a la consulta médica en horarios normales de atención (lunes a viernes de 08h00 a 19h00) en la **RED DE PRESTADORES**.
- M) **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES:** Es el resumen donde constan los servicios y beneficios, con los Montos, eventos, Cobertura y coparticipación, del Programa contratado.
- N) **EMERGENCIA MÉDICA:** Son sucesos inesperados causados por una **ENFERMEDAD**, cuya asistencia no puede ser demorada y requieren atención inmediata en Clínicas y Hospitales.
- O) **EMERGENCIA POR ACCIDENTE:** Son sucesos fortuitos, imprevistos, traumáticos, externos e inesperados, no provocados por el **AFILIADO**, causados por situaciones accidentales y que requieren atención médica inmediata en Clínicas y Hospitales.
- P) **EMERGENCIA ODONTOLÓGICA:** Es un suceso inesperado causado por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos, que presente síntomas como sangrado, dolor intenso, o inflamación en la cavidad bucal.
- Q) **EMERGENCIA VITAL:** Son sucesos médicos donde la vida del paciente corre riesgo.
- R) **ENFERMEDAD:** Alteración o desarmonización del sistema, opuesto a la salud, no causado por un **ACCIDENTE** o hecho fortuito.
- S) **ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Son enfermedades, padecimientos, complicaciones, secuelas, consecuencias, conocidas o no por el **AFILIADO**, que hayan sido o no diagnosticadas por un médico, previamente a la contratación del servicio.

- T) **ENFERMERA:** Llámese a la Auxiliar en Enfermería.
- U) **GEA:** Asistencia Especializada del Ecuador GEA ECUADOR S.A.
- V) **HOSPITALIZACIÓN:** Servicios clínicos y/o quirúrgicos realizados en un Hospital o Clínica, siempre y cuando el **AFILIADO** se encuentre ingresado y reciba atención, mínimo 24 horas.
- W) **LIBRE ELECCIÓN:** Decisión del Afiliado de utilizar libre y voluntariamente los servicios médicos y dentales no adscritos a la **RED DE PRESTADORES**.
- X) **LUC:** Límite Único Combinado.
- Y) **MEDIASIST:** Asistencia Médica Especializada del Ecuador, empresa de **MEDICINA PREPAGADA**.
- Z) **MEDICINA PREPAGADA:** Es un sistema de Asistencia médica, autorizado legalmente para operar en la República del Ecuador.
- AA) **MÉDICO EMERGENCIÓLOGO:** **MÉDICO GENERAL** con preparación y/o estudios en Emergenciología, con formación profesional en la atención inicial de urgencias y emergencias.
- BB) **MÉDICO ESPECIALISTA:** Profesional Médico con estudios de postgrado en especialidades de la medicina reconocidas por ley.
- CC) **MÉDICO GENERAL:** Profesional de la medicina que realiza la evaluación y atención médica primaria; llámese también al médico residente.
- DD) **MSP:** Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- EE) **ODA:** Orden de Atención Médica, generada telefónicamente por **GEA**, previa solicitud del Afiliado al programa.
- FF) **PACIFICARD:** PACIFICARD S.A. Compañía Emisora y Administradora de Tarjetas de Crédito Grupo Financiero Banco del Pacífico
- GG) **PHARMACYS:** Cadena de Farmacias, adscrito a la **RED DE PRESTADORES**.
- HH) **PINTAS DE SANGRE:** Unidad de medida, cantidad de sangre, dada por grupo sanguíneo.
- II) **PÓLIZA:** Es el documento donde se indica las obligaciones y derechos de la **ASEGURADORA** y del **ASEGURADO**, garantías e indemnizaciones en caso de siniestro.
- JJ) **PRECIOS PREFERENCIALES:** Son precios especiales, mejores e inferiores en relación al precio de venta al público, que se ofrece a los afiliados por procedimientos no cubiertos.
- KK) **PRESTADOR:** Es la persona natural o jurídica, pública o privada, que pertenece o no a la **RED DE PRESTADORES** y que presta servicios de atención médica, dental, o provee servicios como las farmacias.
- LL) **PROTOCOLOS MÉDICOS:** Son procedimientos que expresan las acciones médicas por realizar y la forma de hacerlo, de manera que sirve como marco de referencia para los que participan en el proceso de atención médica.
- MM) **RED DE PRESTADORES:** Están considerados, los Médicos, Laboratorios Clínicos, Centros de imágenes, Centros Médicos, Policlínicos, Clínicas, Hospitales, Servicios de Ambulancias, Farmacias, Odontólogos y Clínicas Dentales, afiliados a **MEDIASIST**.
- NN) **RESIDENCIA PERMANENTE:** Corresponde al domicilio habitual permanente en la República de Ecuador, que manifieste tener el **AFILIADO**, o cualquier otro domicilio que hayan notificado con posterioridad a la suscripción del mismo en reemplazo del inicialmente reportado; domicilio que será considerado para los efectos de los servicios en materia del presente Anexo.
- OO) **SALA DE EMERGENCIA:** Es el servicio inicial de atención médica que ofrece un hospital o clínica.
- PP) **TERRITORIO NACIONAL:** Entiéndase como territorio nacional a la República del Ecuador.

3. FECHA DE INICIO

Fecha a partir de la cual los servicios del programa que ofrece **GEA** estarán a disposición de los Afiliados, ésta será a partir de las 48 horas de la suscripción al programa "**MEDICO FAMILIAR**".

4. TARIFA

La tarifa mensual que el **AFILIADO** pagará a **GEA** por los servicios detallados en el presente Anexo es de US\$ 5.00 (CINCO CON 00/100 DÓLARES AMERICANOS) más IVA, misma que correrá para todos los **AFILIADOS** a este programa. Este valor será cobrado automáticamente por **PACIFICARD** del cupo disponible que el **AFILIADO** mantenga en la tarjeta de crédito que **PACIFICARD** administra.

5. SEGMENTO DE CLIENTES

El programa "**MEDICO FAMILIAR**" está diseñado para el segmento de tarjetahabientes de **PACIFICARD**.

6. SERVICIOS

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** brindará los servicios de Asistencia Médica al **AFILIADO**, mediante la atención y/o coordinación por parte de un facultativo calificado en medicina, adscrito a la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo con los términos y condiciones establecidas en el presente Anexo.

Es elegible el **AFILIADO TITULAR** desde los 18 años de edad hasta los 65 años cumplidos previo a la suscripción al presente programa, los beneficiarios son elegibles a partir del primer día nacido. El **AFILIADO TITULAR** y su cónyuge tendrán una permanencia hasta los 70 años de edad. A partir de los 71 años de edad, el **AFILIADO** no tendrá derecho a los servicios de Asistencia Médica.

Todos los servicios que se detallan en el presente Anexo, se prestarán en las principales ciudades y/o capitales de cada provincia y en otras ciudades en donde **GEA** tenga **RED DE PRESTADORES**. Se excluye la provincia de Galápagos.

Si los servicios excedieren el límite del monto máximo o el número límite de eventos por cada período de doce (12) meses, entonces **GEA** deberá, antes de dar el servicio, comunicárselo al **AFILIADO** e indicarle el precio, a fin de que éste lo autorice y lo pague de sus propios recursos en forma inmediata y directa al **PRESTADOR**, y éste debe entregar la factura respectiva por el excedente del servicio prestado o el valor total si aplica el caso.

6.1. MEDIPHONE

Corresponde a la atención médica telefónica, que recibirá el **AFILIADO**, las 24 Horas del día, los 365 días del año, a través de la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, con los términos establecidos a continuación:

A) ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Corresponde a la atención médica telefónica, mediante profesionales en Medicina General, para asesorar, orientar al **AFILIADO** sobre inquietudes médicas, actividades de promoción y educación para la salud.

B) CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA

Corresponde a la consulta médica telefónica, mediante profesionales en Medicina General, previo conocimiento de los antecedentes médicos y síntomas del **AFILIADO**, lo que permitirá establecer un diagnóstico presuntivo, pudiendo derivarlo a la **CONSULTA EXTERNA** con un **MÉDICO GENERAL**, **MÉDICO ESPECIALISTA**, o sugiriendo otro tipo de atención médica, de acuerdo al plan contratado.

6.2. ASISTENCIA EN CONSULTAS MÉDICAS

Prevía solicitud del **AFILIADO**, **GEA** a través del **CSM** agendará las citas en **CONSULTA EXTERNA** o de acuerdo a la necesidad de atención, dentro de la **RED DE PRESTADORES**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**, con los términos establecidos a continuación:

A) CONSULTA MÉDICA URGENTE

Corresponde a la consulta médica realizada fuera de los horarios normales de **CONSULTA EXTERNA**, es decir noches, fines de semana y días feriados, a través de un **MÉDICO GENERAL** en la **SALA DE EMERGENCIA** de la **RED DE PRESTADORES**. Este servicio se dará por la necesidad del **AFILIADO** de recibir atención o revisión médica inmediata. El servicio se prestará a través de una **ODA**. En esta asistencia no estará contemplado ningún examen de diagnóstico, medicamentos, insumos, ni procedimientos médicos, ni gastos en la **SALA DE EMERGENCIA**.

B) MÉDICO A DOMICILIO

Corresponde a la consulta médica realizada por un **MÉDICO GENERAL** de la **RED DE PRESTADORES**, en el lugar de residencia del **AFILIADO**, siempre y cuando el **AFILIADO** no pueda trasladarse a la **CONSULTA EXTERNA** por incapacidad física. El servicio se prestará a través de una **ODA**. En esta asistencia no estará contemplado ningún medicamento, insumo, ni procedimientos médicos.

Exclusiones al servicio de Médico a Domicilio: Queda excluido del presente servicio: i) Cuando el **AFILIADO** requiera más de una visita por parte del médico por un mismo evento; y iii) Este servicio no se prestará en caso de **ENFERMEDADES PREEXISTENTES**, congénitas o crónicas.

C) CONSULTA EN MEDICINA GENERAL

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con un **MÉDICO GENERAL**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará a través de una **ODA**, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Anexo.

En caso que el **AFILIADO** requiera una consulta médica con un médico adscrito a una Clínica, Hospital o consultorio particular, el servicio se dará a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

D) CONSULTAS CON MÉDICOS ESPECIALISTAS

Corresponde a la atención médica en **CONSULTA EXTERNA** con **MÉDICOS ESPECIALISTAS**. La consulta médica se dará en los Centros Médicos de la **RED DE PRESTADORES**. Éste servicio se prestará a través de una **ODA** hasta con el 50% del valor de la consulta, de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Anexo.

En caso que el **AFILIADO** requiera una consulta médica con un médico adscrito a una Clínica, Hospital o consultorio particular, el servicio se dará a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN CONSULTAS MÉDICAS

- Quedan excluidas las Consultas con Médicos Especialistas y Exámenes de diagnóstico que por su naturaleza no se puedan proporcionar, ya sea por la escasa oferta de atención, alto costo, complejidad o falta de infraestructura en el lugar solicitado por el **AFILIADO**.
- Los insumos médicos y materiales utilizados en las consultas médicas (en caso de ser requerido por el médico) no están contemplados dentro del valor de la **ODA**, los mismos serán cancelados por el **AFILIADO**.
- Reembolsos de gastos médicos y servicios realizados a **LIBRE ELECCIÓN**.

6.3. ASISTENCIA EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Corresponden a los exámenes de diagnóstico referenciados u ordenados en la **CONSULTA EXTERNA**, este servicio se prestará a **PRECIOS PREFERENCIALES** dentro de la **RED DE PRESTADORES** y son los siguientes:

A) LABORATORIO CLÍNICO BÁSICO

Este servicio se dará previa orden emitida por el **MÉDICO GENERAL** de la **RED DE PRESTADORES**, siempre y cuando haya sido agendada y autorizada por **GEA**. Comprenden los siguientes exámenes de laboratorio Clínico: Hemograma completo, glucosa, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, urea, creatinina, los mismos que tendrán hasta un 50% de descuento.

B) LABORATORIO DE IMÁGENES

C) EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

6.4. ABC PREVENTIVO

El **AFILIADO** al cumplir el año de afiliado y al sumar doce cuotas pagadas de forma ininterrumpida, podrá solicitar la información necesaria para realizarse un chequeo médico preventivo. **GEA** se reserva el derecho de establecer las fechas, designación del prestador médico que estará adscrito a la **RED DE PRESTADORES**, lapso de tiempo y horarios de la campaña de prevención. El servicio se prestará de acuerdo al **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** que se establece en el presente Anexo.

El Médico evaluador de **GEA** decidirá el protocolo de prevención que se aplicará, el mismo que podrá constar de:

- Apertura de ficha médica
- Registro de talla, peso y presión
- **AUSCULTACIÓN**
- Valoración física
- Laboratorio básico
- Ecografía abdominal o pélvica
- Evaluación médica.

En caso que el Médico evaluador de **GEA** considere que el **AFILIADO** debe hacerse exámenes adicionales y el

AFILIADO acepte realizarlos, estos exámenes se darán a **PRECIOS PREFERENCIALES**.

Exclusiones del servicio de ABC PREVENTIVO: Consultas con **MÉDICO ESPECIALISTA**, exámenes de diagnóstico no considerados por el Médico evaluador de **GEA**, medicación, y todo lo inherente para el tratamiento de enfermedades que sean diagnosticadas al momento de la evaluación, o sean preexistentes, crónicas, conocidas o no por el **AFILIADO**. **GEA** no se responsabiliza por el diagnóstico médico.

6.5. SERVICIOS ESPECIALES

De acuerdo a la necesidad de atención, el **AFILIADO** podrá solicitar la coordinación de los servicios médicos contratados, a través de una llamada telefónica a **GEA**, éste será atendido por el “**CSM**” y/o “**CCE**”, de acuerdo al alcance y limitaciones establecidas en el presente Anexo.

A) ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LÍNEA

GEA en caso de emergencia atenderá la necesidad de atención del **AFILIADO** a través del **CCE**, quien será atendido vía telefónica por médicos operadores de **GEA**, las 24 horas del día y los 365 días del año.

B) AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS EN LÍNEA

Los servicios solicitados por o para el **AFILIADO**, serán autorizados telefónicamente a través del **CSM**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** que se establece en el presente Anexo.

C) COORDINACIÓN HOSPITALARIA

Prevía solicitud del **AFILIADO**, **GEA** a través del **CSM** o **CCE**, identificará el Centro de salud o **PRESTADOR** más cercano, o adecuado para la atención médica del **AFILIADO**.

D) COORDINACION CON SEGUROS MEDICOS

A petición del **AFILIADO**, y con la información necesaria respecto al Seguro Médico que el **AFILIADO** posee, **GEA** realizará telefónicamente el direccionamiento en caso de emergencias hospitalarias a los Centros de Salud, **PRESTADOR**, o donde el **AFILIADO** tenga mayor cobertura o atención preferencial, dentro del **TERRITORIO NACIONAL**.

E) GARANTIA DE PAGO PARA ATENCIÓN INICIAL DE EMERGENCIA

Los servicios solicitados por o para el **AFILIADO**, en caso de requerir atención en la **SALA DE EMERGENCIA**, **GEA** autorizará el “Derecho y atención de Emergencia”, hasta que el **AFILIADO** o familiar pueda proporcionar la garantía que solicitó el **PRESTADOR** privado. **GEA** no se responsabiliza por la atención complementaria al **AFILIADO**, en caso que el **AFILIADO** o familiar no proceda a otorgar las garantías económicas para que cubran los valores por atenciones o procedimientos no cubiertos por **GEA**, de acuerdo a lo indicado en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** que se establece en el presente Anexo.

F) LOCALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS

Prevía solicitud del **AFILIADO**, **GEA** proporcionará información para la ubicación de medicamentos hospitalarios que no se encuentren en stock en el Hospital o Clínica donde el **AFILIADO** esté internado. Servicio que se proporcionará dentro del **TERRITORIO NACIONAL**. La responsabilidad de **GEA** se limita a la ubicación de los medicamentos que sean de libre comercialización y que estén aprobados por el **MSP**. El **AFILIADO** correrá con el valor del medicamento y el valor por el traslado de los mismos. Se aclara que el presente servicio se lo realizará únicamente en las atenciones de emergencia y hospitalización previamente coordinados por **GEA**. **GEA** no se responsabiliza por la falta de provisión o ubicación de algún medicamento.

G) BUSQUEDA DE PINTAS DE SANGRE POR EMERGENCIA

Prevía solicitud del **AFILIADO**, **GEA** a través del **CSM**, gestionará la ubicación de **PINTAS DE SANGRE** que necesite el **AFILIADO** por **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE**. Este servicio se realizará dentro del **TERRITORIO NACIONAL**. La responsabilidad de **GEA** se limita a proporcionar la información donde se pueden adquirir las **PINTAS DE SANGRE**. El **AFILIADO** correrá con el valor de las unidades de sangre y el valor por el traslado de las mismas. Se aclara que el presente servicio se lo realizará únicamente en las atenciones de emergencia y

hospitalización previamente coordinados por **GEA**. **GEA** no se responsabiliza por la falta de provisión o ubicación de **PINTAS DE SANGRE**.

H) SEGUIMIENTO MÉDICO

Prevía solicitud del **AFILIADO**, **GEA** a través del **CCE**, hará seguimiento telefónico al **PRESTADOR**, sobre el cuadro médico que presente el **AFILIADO**, durante la Emergencia u **HOSPITALIZACIÓN**, siempre y cuando el **PRESTADOR** proporcione la debida información.

6.6. ASISTENCIA EN AMBULANCIA

En caso que el **AFILIADO** lo requiera, **GEA** gestionará y cubrirá el servicio de traslado médico en ambulancia terrestre a través de su **RED DE PRESTADORES**, hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos de la localidad, de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** con los términos y limitaciones; y son los siguientes:

A) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE LOCAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** tenga una **EMERGENCIA MÉDICA o ACCIDENTE**, y requiera ser trasladado dentro de una ciudad o localidad al Centro Hospitalario más cercano.

B) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE NACIONAL

Corresponde al servicio de traslado médico terrestre cuando el **AFILIADO** tenga una **EMERGENCIA MÉDICA o ACCIDENTE**, y requiera ser trasladado de una localidad a otra, al Centro Hospitalario más cercano.

6.7. ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIA

En caso que el **AFILIADO** requiera atención de **EMERGENCIA POR ACCIDENTE**, **GEA** lo asistirá en la **SALA DE EMERGENCIA** de una clínica, hospital o centro de salud de la **RED DE PRESTADORES**. El servicio se dará exclusivamente en **ATENCIÓN AMBULATORIA**, de acuerdo a lo establecido en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Anexo.

A) SALA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE

En caso de **ACCIDENTE**, **GEA** ofrecerá los siguientes servicios y/o procedimientos:

- a. Derecho de Emergencia
- b. Atención de Emergencia
- c. Atención de **MÉDICO EMERGENCIÓLOGO**
- d. Atención de Médico Traumatólogo
- e. Valoración Clínica por médico traumatólogo
- f. Exámenes de Laboratorio básico
- g. Exámenes de imágenes:
 - Radiografía simple en zona de trauma: 1 placa por evento
 - Ecografía abdomino-pélvica: 1 estudio por evento
- h. Exámenes complementarios:
 - Tomografía simple de cráneo
- i. Medicamentos de Emergencia
 - Analgésicos (dolor): dosis inicial
 - Anti-inflamatorios (inflamación): dosis inicial
 - Antipiréticos (fiebre): dosis inicial
- j. Material de uso médico: yeso, watta y venda
- k. Equipo y material de sutura

En caso de requerir la atención de otro tipo de **MÉDICO ESPECIALISTA**, **GEA** le proveerá el servicio a **PRECIOS PREFERENCIALES**. Este servicio contempla reembolso de gastos, únicamente en caso de **EMERGENCIA VITAL**, o si el **AFILIADO** se encontrase en estado inconsciente.

EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA EN SALA DE EMERGENCIA

- a. Está excluida la atención médica complementaria ordenada por el **MÉDICO ESPECIALISTA** en la **SALA DE EMERGENCIA** y/o cualquier lugar de atención en la Clínica u Hospital.
- b. Exámenes complementarios de diagnóstico no contemplados dentro de los servicios indicados en la asistencia.
- c. Exámenes no inherentes o no necesarios para tratar la atención dentro de la **SALA DE EMERGENCIA**.
- d. Gastos de Hospitalización Clínica, Quirúrgica y Unidad de Cuidados Intensivos.
- e. Gastos de acompañante en clínica u hospitales, y cuidados de enfermera particular (no autorizado).
- f. Medicamentos utilizados para tratamiento médico, medicamentos de alta, insumos médicos, materiales, medios de contraste, collaretes, cabestrillo, vacunas, catéter central, prótesis, aparatos ortopédicos, sangre, plasma, albúmina, eritropoyetina y derivados, medicamentos no contemplados en la lista de medicamentos básicos de emergencia de **GEA**.

6.8. ASISTENCIA HOSPITALARIA

En caso que el **AFILIADO** necesite ser hospitalizado, ya sea por **ACCIDENTE** o **ENFERMEDAD**, y requiera atención Clínica y Quirúrgica, **GEA** lo asistirá a **PRECIOS PREFERENCIALES** dentro de la **RED DE PRESTADORES**, previa llamada del **AFILIADO**, familiar o responsable, sea por enfermedades agudas, preexistentes, congénitas y crónicas. El servicio se prestará de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el presente Anexo y en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**.

6.9. ATENCIÓN POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE

En caso que el **AFILIADO** haya sido hospitalizado por **ACCIDENTE**, previa llamada telefónica a **GEA**, se brindará los servicios de atención posthospitalaria a través de la **RED DE PRESTADORES**. El servicio se prestará de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en el presente Anexo y en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**. Los servicios se darán de acuerdo al **LUC** y son:

A) ENFERMERA A DOMICILIO

Corresponde a la atención post hospitalaria, realizada por una **ENFERMERA**, dentro de las primeras 24 horas, posterior al alta hospitalaria, el servicio se dará en el lugar de **RESIDENCIA PERMANENTE**, y se limita a lo siguiente:

- Control de signos vitales;
- Curación simple;
- Aplicación vía venosa ; e
- Inyección intramuscular y subcutánea.

Exclusiones del Servicio Enfermera en Domicilio.- Se excluye de este servicio los insumos médicos y medicamentos.

B) INSUMOS ORTOPÉDICOS

El **AFILIADO** será asistido, previa prescripción médica en: Cabestrillo, collarete y muletas, los mismos que serán entregados o retirados donde **GEA** lo determine.

6.10 OTROS BENEFICIOS

A) SERVICIOS PHARMACYS

El **AFILIADO** tendrá derecho a servicios, beneficios y promociones en **PHARMACYS** con las condiciones o limitaciones que este **PRESTADOR** tenga vigente a la fecha de la solicitud del servicio, y en los lugares donde **PHARMACYS** esté presente. **GEA** está en libertad de cambiar el **PRESTADOR** o ampliar los beneficios (**PRECIOS PREFERENCIALES**) con otro **PRESTADOR**. Los servicios y beneficios estarán detallados en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES**.

6.11 POLIZA EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES

En caso de Muerte del **ASEGURADO** como resultado de un accidente, mientras la **PÓLIZA** se encuentre vigente, **GEA** gestionará con la **ASEGURADORA** de acuerdo a lo señalado en la **PÓLIZA**, el pago del capital asegurado a los herederos legales, después del fallecimiento del **ASEGURADO**, el cual se lo establece en el **CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES** del presente Anexo, siempre y cuando se haya NOTIFICADO la situación a **GEA**, en un tiempo máximo de treinta (30) días luego de ocurrido el suceso. Este beneficio entra en vigencia una vez realizado el pago de la primera cuota.

El retraso en la notificación del siniestro, no hará perder el beneficio ni reducirá su monto, si el interesado demuestra que no fue razonablemente posible hacerlo dentro del plazo estipulado y que el aviso o prueba se efectuó tan pronto como ello fue factible.

Es elegible el **ASEGURADO que goce de buena salud** desde los 18 años de edad hasta los 65 años cumplidos previo a la suscripción al presente programa. El **ASEGURADO** tendrá una permanencia hasta los 70 años de edad. A partir de los 71 años el **ASEGURADO** no tendrá derecho a la **COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES**.

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

Expresamente se aclara que para efectos de esta póliza, tienen la calidad de beneficiario, los herederos legales del asegurado, por lo que, La **ASEGURADORA** solicitará la respectiva posesión efectiva de bienes.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA UNA RECLAMACIÓN

Todo reclamo deberá PRESENTARSE por escrito a la **ASEGURADORA** a través de **GEA**, dentro de los sesenta (60) días siguientes al hecho que lo motiva.

Los documentos necesarios para una reclamación por muerte accidental son los siguientes:

- a) Comunicación escrita, dirigida a La **ASEGURADORA** indicando las circunstancias de la muerte del **ASEGURADO**.
- b) Copia de la cédula de ciudadanía
- c) Original o copia certificada del Acta de Defunción
- d) Parte policial y diligencia de levantamiento y reconocimiento del cadáver
- e) Protocolo de autopsia
- f) Historia clínica, en caso de existir atención previa al fallecimiento.
- g) Posesión efectiva de bienes
- h) Copias de las cédulas y original o copias certificadas de las partidas de matrimonio y nacimiento en caso de hijos menores de edad.

Todos los derechos, acciones o beneficios que se deriven de esta póliza prescribirán en dos (2) años a partir del acontecimiento que los originó.

PAGO DEL SINIESTRO

Acreditada la ocurrencia de los hechos que motivan la exigibilidad de los beneficios, La **ASEGURADORA** procederá al pago de éstos a sus beneficiarios, en el plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días contados desde la presentación total de la documentación requerida.

EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA DE ACCIDENTES:

- a) Actos intencionalmente realizados por el Asegurado; ni los que sufra cuando se encuentre en estado de perturbación mental, embriaguez, intoxicación por drogas o agentes sicopáticos; suicidio o tentativa de suicidio; reto o duelo
- b) Cataclismo, guerra civil o internacional (con o sin declaración) golpe de estado, invasión o rebelión.
- c) Concursos, competencias de velocidad, carreras de vehículos a motor, mientras el Asegurado tome parte en estos, ya sea en calidad de piloto o acompañante.
- d) Igualmente quedan excluidos los accidentes que sufra el **ASEGURADO** cuando viaje como pasajero en vuelos no comerciales.
- e) Motín, huelga o alborotos populares, salvo que se pruebe que el Asegurado no tomaba parte activa en tales hechos.
- f) Riña, cualquiera que sea la participación del Asegurado, pero esta exclusión queda sin efecto si el Juez declara que el Asegurado actuó en legítima defensa.
- g) Deportes peligrosos tales como, pero no limitados a: buceo en el mar, parapente, paracaidismo, andinismo, alpinismo, alas delta, salto de bungee.
- h) Enfermedades de cualquier clase y operaciones quirúrgicas, salvo las necesarias a consecuencia de accidente cubierto por esta póliza. En general quedan excluidas de este seguro, las lesiones cuya causa mediata, determinante o agravante es una enfermedad del Asegurado; aun cuando tales lesiones fueren agravadas por un accidente.
- i) Energía atómica a radiaciones nucleares; hernias y enredamientos intestinales y

j) Las consecuencias de picaduras de insectos.

7. CUADRO DE BENEFICIOS GENERALES

SERVICIOS*	MONTO	EVENTOS	Cobertura	ODA / COPARTICIPACION
MEDIPHONE – Orientación Médica Telefónica – Consulta Médica Telefónica	Sin Límite	Sin Límite	100%	-
ASISTENCIA EN CONSULTA MÉDICA – Consulta Médica Urgente – Médico a Domicilio – Consulta en Medicina General – Consulta con Médicos Especialistas	Hasta \$50 x evento Hasta \$40 x evento -	Sin Límite 2 Al Año Sin Límite Sin Límite	80% 80% - 50%	20% 20% \$2,50 50%
ASISTENCIA EN EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO – Laboratorio Clínico Básico – Laboratorio de Imágenes – Exámenes Complementarios de Diagnóstico	- P.P. P.P.	Sin Límite Sin Límite Sin Límite	50% 0% 0%	50% 100% 100%
ABC PREVENTIVO	-	1 evento	50%	50%
SERVICIOS ESPECIALES – Atención de Emergencia en Línea – Autorización de Servicios en Línea – Coordinación Hospitalaria – Coordinación con Seguros Médicos – Garantía Pago Atención Inicial de Emergencia – Localización de Medicamentos Hospitalarios – Búsqueda de Pintas de Sangre por Emergencia – Seguimiento Médico	Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite	Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite	- - - - - - - -	- - - - - - - -
ASISTENCIA EN AMBULANCIAS – Traslado Médico Terrestre Local – Traslado Médico Terrestre Nacional	Sin Límite Sin Límite	Sin Límite Sin Límite	100% 100%	- -
SALA DE EMERGENCIA – Sala de Emergencia por Accidente	Sin Límite	Sin Límite	80%	20%
ASISTENCIA EN GASTOS HOSPITALARIOS	Precios Preferenciales	Sin Límite	0%	100%
ATENCIÓN POST HOSPITALARIA POR ACCIDENTE – Enfermera a Domicilio – Insumos Ortopédicos	LUC \$ 50 x evento Hasta \$ 50 x evento Hasta \$ 50 x evento	Sin Límite Sin Límite	80% 80%	20% 20%
OTROS BENEFICIOS Servicios PHARMACY – Medicamentos a precio de afiliado – Aplicación de sueros e inyecciones – Enfermera a domicilio – Control de peso e índice de masa corporal – Nebulizaciones, terapia respiratoria – Test cardiológico, colesterol y glicemia	- Dcto. 50% Dcto. 50% Dcto. 50% Dcto. 50% Dcto. 50%	Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite Sin Límite	- - - - - -	100% 100% 100% 100% 100% 100%
POLIZA EN CASO DE ACCIDENTES PERSONALES	US\$10,000	1 evento	100%	-

*Los servicios del presente programa, se prestarán de acuerdo a los montos máximos establecidos en el cuadro del presente numeral y a los términos, condiciones y limitaciones establecidas en el presente Anexo.

Dcto.: Significa descuento.

P.P.: Significa Precios Preferenciales

8. EXCLUSIONES GENERALES

No son objeto de los servicios las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

a. La mala fe, fraude o abuso de confianza del **AFILIADO**, comprobada por el personal de **GEA**.

- b. El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **AFILIADO** en el procedimiento.
- c. Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO** del programa “**MEDICO FAMILIAR**”.
- a. Cualquier servicio solicitado con más de 48 horas posteriores al momento de la emergencia o situación actual por la que solicite el servicio, a excepción de lo indicado en la **POLIZA**.
- d. Cuando el **AFILIADO** incumpla cualesquiera de las obligaciones indicadas en este Anexo.
- e. Cuando el **AFILIADO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente.
- f. Deportes de alto riesgo.
- g. Servicios a **LIBRE ELECCIÓN**, no autorizados por **GEA**.
- h. Procedimientos no autorizados por **GEA**.
- i. Cualquier cambio de los servicios que hayan sido solicitados directamente al **PRESTADOR** y que no esté dentro del alcance establecido en el servicio.
- j. La no utilización de alguno de los servicios estipulados anteriormente, no dará lugar a compensación de ningún tipo, perdiéndose el derecho sobre este beneficio.
- k. Consultas, Exámenes, tratamientos y procedimientos no autorizados por **GEA**.
- l. **ENFERMEDADES** y/o **ACCIDENTES**, originadas directa o indirectamente por terremotos, inundaciones, energía atómica, radiación, reacción nuclear, desastres naturales, o cualquier evento de la naturaleza, así como guerra (declarada o no), conmoción civil, revolución, asonada, participación activa en huelga y motines.
- m. **ENFERMEDADES** y/o **ACCIDENTES** causados o provenientes del uso o consumo de estupefacientes, alcohol y/o drogas, el tratamiento; daños auto-infringidos estando o no en uso de sus facultades mentales, así como aquellos sufridos como producto de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley.
- n. Procedimientos médicos prestados por otras instituciones y médicos no adscritos a la **RED DE PRESTADORES**.
- o. Medicamentos o medicinas ambulatorias u hospitalarias, de marca o genéricas, y medicina natural.
- p. Transporte que no sea prestado por Ambulancias legalmente autorizadas.
- q. Traslado de una clínica u hospital a otro centro de atención médica, por necesidad de exámenes, por embarazo, por alta al domicilio.
- r. Suministros de audífonos, muletas, cabestrillo, aparatos ortopédicos de cualquier clase, fajas, corsetes, y adaptación de uno o cualquiera de ellos, a excepción del servicio Insumos Ortopédicos como parte de la Asistencia Post Hospitalaria siempre y cuando sea parte del presente programa.
- s. Consultas, Exámenes, Tratamientos Ambulatorios y Hospitalizaciones, relacionados con delgadez, obesidad, bypass gástrico, enfermedades causadas a consecuencia de sobrepeso (excesivo) y/o por hábitos de fumador.

9. OBLIGACIONES DEL AFILIADO TITULAR Y/O BENEFICIARIO

Con el fin de que el **AFILIADO TITULAR Y/O BENEFICIARIO** pueda disfrutar de los servicios contemplados en este Anexo, deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

- a. Abstenerse de realizar gastos médicos en relación con alguno de los servicios descritos en el presente Anexo, sin haber consultado previamente con **GEA**.
- b. Queda entendido que en caso de que el **AFILIADO TITULAR** establezca su **RESIDENCIA PERMANENTE** en un lugar distinto al territorio de la República de ECUADOR, la relación entre **GEA** y el **AFILIADO** se tendrá por extinta, con lo cual **GEA** se verá liberada de su obligación de prestar los servicios contemplados en el presente Anexo y el **AFILIADO** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los servicios aquí establecidos.
- c. Identificarse como **AFILIADO** ante los funcionarios de **GEA** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente Anexo.
- d. Pagar a **GEA** la tarifa mensual correspondiente prevista en este Anexo.
- e. Mantener en su tarjeta de crédito, cupo disponible para cubrir el costo mensual del programa “**MEDICO FAMILIAR**”. En caso de que tarjeta no tenga el cupo suficiente para cubrir el costo de dicho programa el **AFILIADO** no podrá hacer uso de los beneficios del mismo.

En caso de que el **AFILIADO** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los servicios relacionados con el presente Anexo, ni frente al **AFILIADO**, ni frente a **PACIFICARD**.

10. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DEL PROGRAMA MEDICO FAMILIAR

En caso de que un **AFILIADO** requiera de los servicios contemplados, se procederá de la siguiente forma:

- a. En caso de requerir el servicio se comunicará con **GEA** al número telefónico especificado.
- b. Se procederá a suministrarle al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como: la ubicación exacta del **AFILIADO**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por Afiliado del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise, etc.
- c. **GEA** confirmará si el solicitante de los servicios de tiene o no derecho a recibir la prestación de los mismos.

Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** le prestará a los afiliados los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente Anexo.

11. DESAFILIACIÓN DEL PROGRAMA

GEA podrá proceder a desafiliar a un **AFILIADO** del programa, en caso de que, a juicio de **GEA** se presenten situaciones de uso indebido o de abuso en el uso de los servicios prestados por **GEA** bajo el programa “**MEDICO FAMILIAR**”. En el caso de producirse una desafiliación de conformidad con esta cláusula, se notificará de este particular al **AFILIADO**, dándole aviso de la fecha de terminación de los servicios.

12. SUBROGACIÓN

GEA quedará subrogada hasta el límite del costo de los servicios prestados al **AFILIADO** de las sumas pagadas por dicha compañía, en relación con los derechos que tenga el **AFILIADO** para el cobro de indemnizaciones al responsable del accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios contemplados en el presente Anexo.

13. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los Servicios objeto del presente Anexo serán prestados directamente por **GEA** o a través de terceros, personas naturales o jurídicas, contratadas bajo responsabilidad de **GEA**. Para los Servicios cuya prestación requiera autorizaciones administrativas especiales, **GEA** celebrará contratos con las compañías que hayan obtenido tales autorizaciones, en cuyo caso, sin perjuicio de la responsabilidad directa de **GEA**, estas también se constituirán en responsables de la prestación de tales servicios. Para los Servicios de carácter médico, **GEA** contratará a **MEDIASIST**, y para la prestación de la Póliza de Seguro contratará a la **ASEGURADORA** ante quienes incorporará al **AFILIADO** como beneficiario de tal servicio.

14. ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD DE GEA

La responsabilidad de **GEA** con respecto al programa antes referido, se limita a gestionar en favor del **AFILIADO**, los servicios indicados en la **POLIZA**, y la atención con profesionales de la Medicina y Odontología, respectivamente. La responsabilidad profesional por las evaluaciones, diagnósticos, tratamientos y otros procedimientos a que sea sometido el **AFILIADO**, corresponde directamente al profesional médico que presten estos servicios, y **GEA** no asume responsabilidad alguna por los mismos. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad de la **RED DE PRESTADORES**.

Con relación a los servicios de traslado médico terrestre (ambulancia), la responsabilidad de **GEA** se limita a gestionar la provisión del servicio de dicho traslado, y a cubrir su costo, dentro de los límites señalados en este Anexo. La provisión del servicio estará sujeta a la disponibilidad del **PRESTADOR** de estos servicios., y/o a la disponibilidad de los servicios médicos públicos en los casos en que no exista disponibilidad de prestadores privados de estos servicios en la localidad.

15. INCREMENTO DE PRECIO

Las partes acuerdan que los precios se revisarán anualmente, los mismos que variarán de acuerdo al índice de inflación publicado por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) o cualquier otra institución pública a la que se le asigne la responsabilidad de publicar los índices oficiales de inflación u otros indicadores equivalentes. Adicionalmente, las partes acuerdan que el programa puede sufrir cambios en los precios por mejoras en dicho programa.

16. COMPROBANTES DE VENTA

GEA emitirá las correspondientes facturas de venta al **AFILIADO TITULAR** del programa, materia del presente Anexo, en la periodicidad y forma establecida en la normatividad vigente en el país. Las partes acuerdan que **GEA** mantenga en custodia las facturas de venta durante un año. Cuando el **AFILIADO TITULAR** requiera de dichas facturas, podrá solicitarlas a **GEA** para su entrega en las oficinas de **GEA**.

17. OTROS

Los servicios a que se refiere el presente Anexo, configuran la única obligación a cargo de **GEA** y/o su **RED DE PRESTADORES** y en ningún caso reembolsará al afiliado las sumas que éste hubiera erogado.