

GMMMULTIVA

2015

- Nueva tarifa Regionalizada de acuerdo a cada zona.
- Primas a edad alcanzada.
- Aceptación de menores solos, sin asegurar a los padres.
- Integración de nuevos padecimientos amparados.
- Nuevas coberturas opcionales.
- Acceso a los principales hospitales de primer nivel sin penalización.



Mercado

- Producto para nuevos clientes o renovaciones
- Plan de Venta Nacional

Edad de aceptación

- Contratación hasta 69 años

Formas de pago y Recargos por pago fraccionado

- | | |
|--------------|----|
| • Anual | NA |
| • Semestral | 4% |
| • Trimestral | 6% |
| • Mensual | 7% |

Anual aplica meses sin intereses con:

Bancomer, Banamex y American Express y los principales bancos.

(3, 6, 9 y 12 meses sin intereses)

Suma Asegurada

- Opciones desde \$500,000 mn hasta \$75,000,000 mn

Coaseguro

- Opciones desde 10% hasta 25%

Deducible

- Tradicional: Opciones desde \$ 5,000 mn hasta \$50,000 mn
- Excesos: Opciones desde \$100,000 mn hasta \$1,500,000 mn

Nivel Hospitalario y THQ

- Alto \$60,000 (Sin restricción de hospitales en convenio a nivel nacional)
- Medio \$50,000
- Estándar \$40,000

Cobertura Básica

- Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos.
- Gastos Hospitalarios.
- Tratamientos y Procedimientos No Quirúrgicos.
- Enfermeras fuera de hospital hasta 30 días.
- Medicamentos Fuera de Hospital.
- Estudios de laboratorio y gabinete fuera de hospital.
- Renta de equipo tipo hospital por prescripción médica.
- Reta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis.
- Uso de ambulancia (terrestre y aérea).
- Tratamientos Dentales a consecuencia de un accidente cubierto.
- Gastos por donación de órganos al asegurado:
Suma Asegurada 40,000 mn .No aplica Deducible ni Coaseguro
- Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio (Si el deducible contratado es menor a 30,000 mn).
- Padecimientos Congénitos y Prematurez para nacidos dentro y fuera de la póliza.

- Tratamientos de Enfermedades Psiquiátricas
Máximo 12 consultas o durante 1 año lo que ocurra primero.
- Circuncisión no preventiva
Suma Asegurada 5,000 mn. No aplica deducible ni coaseguro.
- Cirugía para corregir trastornos de Refracción
Por Ojo a partir de 5 dioptrías, Suma Asegurada 10,000 mn. No aplica deducible ni coaseguro.
- Preexistencias Declaradas
(Excepto: Enf. Coronarias, Diabetes, Insuf. Renal, columna, sida y enf. Crónico degenerativas).
- Tratamiento de nariz y/o senos paranasales.
- Segunda Opinión Médica
- Cirugía plástica reconstructiva a consecuencia de un Accidente.

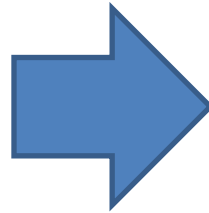
1. Asistencia Médica Plus

Asistencia Telefónica 7/24 Brindando Los Siguietes Servicios:

- Asesoría y orientación médica (medicina general)
- Costos preferenciales con Médicos Especialistas para consultas
- Envío de Ambulancia Terrestre en caso de urgencia por accidente (sin costo primer evento, adicionales con costo preferencial)
- Envío de Medico General a domicilio (3 eventos SIN COSTO, adicionales con costo preferencial)
- Asistencia nutricional
- Examen de Vista SIN COSTO y descuentos en micas y armazones
- Costos preferenciales en tratamientos dentales

2.-Cobertura de Maternidad

- Alto SA \$ 50,000.00
- Medio SA \$ 40,000.00
- Estándar SA \$ 30,000.00



No aplica deducible ni coaseguro

- ✓ Esta cobertura aplica solo si el deducible contratado es menor a \$30,000 mn.

3.-Emergencia Médica en el Extranjero

- Suma Asegurada \$ 50,000.00 usd
- Deducible \$ 50.00 usd
- No aplica coaseguro

Esta cobertura cesara al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática o hasta el agotamiento de la SA de esta cobertura, lo que ocurra primero.

4.- Servicios de Asistencia al Viajero

- Vigencia de 90 días consecutivos
- Repatriación Médica
- Transporte para reunirse con un paciente asegurado
- Traslado de restos mortales

5.- Dentegra

Beneficios Dentales cubiertos	Plan
	Preciso
	Copago Red Cerrada
Servicios Básicos	20%
Procedimientos Quirúrgicos Menores	20%
Endodoncias	20%
Límite anual por persona	\$120,000

Notas: Plan incluido sin costo para el asegurado.

Para más información sobre el detalle de los beneficios, limitaciones y exclusiones puede consultar la guía del asegurado, anexa a la póliza de Gastos Médicos Mayores o comunicarse a Dentegra.

Coberturas Adicionales con costo

- Aumento de THQ a \$ 90,000 (Solo en plan ALTO)
- Enfermedades Graves en el Extranjero
- Gastos Funerarios SA \$100,000 por asegurado
- Enfermedades Graves SA \$100,000 por asegurado
- Ayuda Diaria por Hospitalización SA \$1,500 diarios por asegurado
- Multi-región
- Cobertura Internacional
- Eliminación Deducible y coaseguro por accidente (**Siempre y cuando los gastos excedan 2,000 mn**)
- Reducción coaseguro por enfermedad (**Se reduce 5% al coaseguro contratado**)
- Protección Continua

COBERTURAS ESPECIALES EN HOSPITALES ANGELES

1.- Coaseguro

- ✓ 0% mismo nivel contratado
- ✓ 5% nivel mayor al contratado

Aplica únicamente si el coaseguro contratado es menor o igual a 15%.

2.- Paquete de Admisión

- ✓ Cubierto paquete de admisión hospitalaria

3.- Medicamentos necesarios para evitar complicaciones de enfermedades o accidentes cubiertos

- ✓ Tales como protectores gástricos, vitaminas, etc.
- ✓ Cobertura por reembolso, tope máximo de \$10,000 sin deducible ni coaseguro.

4.- Emergencia derivada de la complicación de los siguientes tratamientos o cirugías:

- ✓ Aplicación de Vacunas
- ✓ Tratamiento quirúrgico estético, por obesidad, anorexia o bulimia, infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
- ✓ Tratamientos quirúrgicos dentales

Suma Asegurada hasta \$500,000 pesos

5.- Complicaciones del Embarazo

Adicional a las cubiertas en la cobertura básica

- ✓ Huevo Muerto retenido
- ✓ Infecciones de vías urinarias originadas directamente por el embarazo
- ✓ Diabetes Gestacional
- ✓ Cerclaje

Con período de espera de 10 meses.

Padecimientos con periodo de espera	Reconocimiento de Antigüedad para reducir periodos de espera
30 días	
Cualquier reclamación (aplica sólo para la aplica y primera en caso vigencia no de urgencia médica)	no
90 días	
Enfermedades Graves (sólo aplica en la primer vigencia de la póliza)	no
4 meses	
Complicaciones del Embarazo y/o puerperio	
Legrado Terapéutico	no
Embarazo Extrauterino	no
Embarazo Molar	no
Aborto Espontáneo no provocado	no
preclampsia, Eclampsia y Toxicosis Gravídica	no
óbito	no
6 Meses	
Cáncer de Mama, Ovario, Cervicouterino, Endometrio	si
Colecistitis	si
Litiasis	si

Padecimientos con periodo de espera	Reconocimiento de Antigüedad para reducir periodos de espera
10 meses	
Maternidad (Parto o Cesárea)	no
Padecimientos Congénitos y Prematurez	no
Circuncisión para los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza	no
Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio	
Huevo Muerto Retenido	no
Fiebre puerperal	no
placenta Acreta	no
placenta previa	no
Atonía Uterina	no
Complicaciones del Embarazo y/o Puerperio Adicionales (Grupo Ángeles)	
Infecciones de Vías Urinarias originadas directamente por el Embarazo	no
Diabetes Gestacional	no
Cerclaje	no
1 año	
Circuncisión para los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza	si
Cirugías para Corregir trastornos de la Refracción Ocular	no
Insuficiencia venosa	si
Cataratas	si
Enfermedades Ácido-Pépticas	si

Padecimientos con periodo de espera	Reconocimiento de Antigüedad para reducir periodos de espera
2 años	
Amigdalitis	si
Adenoiditis	si
Artritis Reumatoide	si
Hernia de Pared Abdominal y Canal Inguinal	si
Hallux Valgus	si
Hemorroides, Fístulas y Fisuras Rectales o prolapso del recto	si
Enfermedades Prostáticas	si
Insuficiencia del Piso Perineal	si
Enfermedades del Aparato Reproductor Femenino (Quistes, Miomas Uterinos, Tumores benignos)	si
Enfermedades Mamarias	si
Enfermedades de la Columna Vertebral, Rodilla y Cadera	si
4 años	
SIDA	no

Regionalización

Se requiere contratar Multi-Región en otros estados fuera del DF y Área Metropolitana.

Zona 6: Distrito Federal, México

Zona 5: Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas, Guerrero, BCS, Morelos, Zacatecas

Zona 4: BCN, Jalisco, Tabasco, Aguascalientes, Michoacán

Zona 3: Guanajuato, Puebla, Querétaro, SLP, Veracruz

Zona 2: Yucatán, Campeche, Chiapas, Quintana Roo

Zona 1: Resto del País



COASEGURO POR NIVELES HOSPITALARIOS

	REGIONES		
	Misma Región	Región Mayor*	Región Menor*
N. H. menor	-10%	+10%	-10%
N. H. mayor	+25%	+30%	+15%
* Salvo Emergencias Médicas			

Se elimina el Tope de Coaseguro

Tope de Coaseguro

El tope no será fijo va ir determinado de acuerdo al coaseguro contratado

COASEGURO	TOPE
10%	35,000
15%	40,000
20%	45,000
25%	50,000

Protección por vía Pago Directo

I. Cirugía Programada dentro de la Red

Se deberá llevar a cabo cuando menos con 5 días de anticipación. Para iniciar el trámite el asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

- Informe médico
- Aviso de accidente o enfermedad
- Estudios de Laboratorio y gabinete

II. Cirugía No Programada dentro de la Red

Esta opción aplicará en hospitalizaciones con una estancia mayor a 24 horas.

APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE Y COASEGURO EN PAGO DIRECTO

Pagaran el deducible contratado con una **reducción de 3,000 pesos**. El Coaseguro será el contratado sobre los honorarios médicos y/o gastos del hospital si este es el mismo al contratado.

Protección por vía Reembolso

No se podrá otorgar el reembolso si la póliza se encuentra en su periodo de gracia, además de que la póliza se deberá encontrar vigente y pagada.

TRAMITE

El Asegurado deberá presentar de manera enunciativa más no limitativa.

- ✓ Aviso de Accidente o Enfermedad
- ✓ Copia de Identificación vigente
- ✓ Informe Médico
- ✓ Facturas y/o Recibos originales
- ✓ En recibos de honorarios Médicos especificar concepto
- ✓ Consultas Médicas el recibo deberá indicar el número de consulta
- ✓ En caso de un nuevo Médico será necesario Informe detallado
- ✓ Estudios de Laboratorio
- ✓ Reporte de Histopatología en caso de ser necesario

***Todos los comprobantes deberán ser en originales y nunca en copias.**

ACCIDENTE

El asegurado tendrá la obligación del pago del deducible y coaseguro contratado en caso de un accidente cubierto.