

ESQUEMA REGIONAL (COLONES)

SEGURO MÉDICO COLECTIVO FLEXIBLE DEL INS

COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA

Póliza N° 01 01 ING 50

Vigencia: 01 de febrero de 2020 al 31 de diciembre 2020 (año póliza)

El presente contrato deviene de la migración de la póliza N° 01 01 ING 39 (modalidad plan 14), y que estuvo vigente hasta el 31 de enero de 2020. El contrato se origina desde noviembre de 1994 (póliza N° 48769-14)

Modalidad pago: únicamente por Reembolso (contra presentación de los requisitos correspondientes)

Deducible anual por persona por año póliza (una vez superado este deducible podrá hacer uso de la póliza y asumiento los coaseguros abajo indicados)	¢100 000
Beneficios y coberturas	Detalle:
Ámbito de Cobertura	Todo el mundo: los gastos incurridos serán tramitados únicamente por reembolso y el Instituto cubrirá según los costos de servicios médicos de la Región (Costa Rica y Panamá)
Beneficio máximo anual por persona por año póliza	¢1 250 000
Beneficio máximo anual por persona por año póliza a partir de los 70 años	¢1 250 000

Importante: La suma asegurada en las distintas coberturas básicas y sublimitadas no puede superar el total del beneficio máximo anual por persona indicado en este esquema.

COBERTURAS BÁSICAS**1- Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad**

a. Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales	¢1 250 000
b. Medicamentos.	

2-Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía (Incluye cirugías ambulatorias)

a. Habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo	¢1 250 000
b. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos.	
c. Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados	
d. Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos	
e. Una visita médica hospitalaria diaria.	

COBERTURAS SUBLIMITADAS (Una vez superado el deducible, se les aplicará el coaseguro que corresponda)

Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias, incluye Honorarios médicos por cirugía.	¢200 000
Maternidad (Sólo parto normal ó cesárea, parto múltiple y/o aborto natural). No incluye los gastos pre y post natales.	¢300 000
Gastos por accidentes dentales	¢125 000
Aparatos de apoyo	¢125 000
Prótesis quirúrgicas	¢125 000
Terapias	Máximo ¢500.000
Tratamiento de Alergias	Hasta el monto asegurado contratado Pruebas diagnósticas: máximo ¢75.000
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	¢200 000
Enfermedades epidémicas o pandémicas	¢500 000
Práctica recreativa de buceo	Hasta el monto asegurado contratado
Práctica recreativo de fútbol	¢250 000
Deportes	¢150 000
Transporte en ambulancia terrestre, aérea y marítima	¢100.000
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo

GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN

a. Todos los gastos hospitalarios aplican para la acumulación del deducible anual y el coaseguro correspondiente.

b. Se cubrirán los gastos únicamente a través de la modalidad de Reembolso.

En Costa Rica - Dentro de la Red de Proveedores - (Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	¢200 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	¢400 000
Superado el deducible se aplica un coaseguro del	20%
En Costa Rica - Fuera de la Red de Proveedores- (Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	¢200 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	¢400 000
Superado el deducible se aplica un coaseguro del	25%
Fuera de Costa Rica (Reembolso: con los costos de servicios médicos de Centroamérica)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	¢500 000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	¢750 000
Superado el deducible se aplica un coaseguro del	35%

GASTOS AMBULATORIOS**a. Todos los gastos ambulatorios aplican para la acumulación del deducible anual y el coaseguro correspondiente.****b. Se cubrirán los gastos únicamente a través de la modalidad de Reembolso.**

En Costa Rica -Dentro de la Red de Proveedores-(Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	No aplica
Tarifa máxima por consulta médico general	¢25 000
Tarifa máxima por consulta médico especialista	¢25 000
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	20%
En Costa Rica -Fuera de la Red de Proveedores- (Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	No aplica
Tarifa máxima por consulta médico general	¢25 000
Tarifa máxima por consulta médico especialista	¢25 000
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	25%
Fuera de Costa Rica (Reembolso con los costos de servicios médicos de Centroamérica)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	No aplica
Tarifa máxima por consulta médico general	¢25 000
Tarifa máxima por consulta médico especialista	¢25 000
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	35%

Monto asegurado (Beneficio máximo anual por persona) en el tiempo

Primer año póliza del diagnóstico o evento: Cada año la suma asegurada se reinstala en un 100 % únicamente para enfermedades o eventos nuevos (de primera vez).

Segundo año póliza del diagnóstico o evento: Para las enfermedades o eventos de un mismo diagnóstico (sean crónicos o no) que ya han sido cubiertos en el año póliza anterior inmediato, se seguirán cubriendo hasta por el segundo año (por un máximo de un año póliza consecutivo), con un tope anual de un 50% del Beneficio máximo anual de suma asegurada (la que hubiere estado vigente en el primer año póliza en que se cubrió la enfermedad o evento médico). Esta disminución aplica únicamente para el Beneficio Máximo Anual, no aplica para las coberturas sublimitadas.

Tercer año póliza y siguientes del diagnóstico o evento: A partir del tercer año póliza, los eventos y/o diagnósticos previamente presentados, no serán objeto de cobertura.

Privilegio de Continuidad (aplica para los asegurados incluidos antes del 01 de febrero de 2020)

El nuevo contrato Seguro Médico Colectivo Flexible N° 01-01-ING-50 brindará continuidad a todos los asegurados incluidos en la póliza anterior N° 01 01 ING 39 antes del 01-02-2020.

Todo evento médico que se haya originado en la vigencia del contrato anterior 01-01-ING-39 (01-02-2019 al 31-01-2020), y que generó gastos médicos, será cubierto si así corresponde, bajo las condiciones de dicho contrato anterior (monto asegurado de \$1.000.000 por evento o hasta agotar los 365 días, lo que suceda primero), independientemente de que los primeros gastos sean presentados al Instituto posterior a la renovación del 01-02-2020 del presente contrato ING-050 y que existan gastos posteriores al 01 de febrero 2020 relacionados con el mismo evento o diagnóstico.

Para los asegurados incluidos antes del 01-02-2020, se les reconocerá el tiempo transcurrido en la póliza 01 01 ING 39, para los períodos de carencia. Es decir, la fecha efectiva de inclusión de cada asegurado será la registrada en el seguro anterior (01-01-ING-39).

Todos los diagnósticos médicos y/o eventos por los cuales se presentaron indemnizaciones en la póliza 01-01-ING-039 hasta el 31 de enero 2020, y que agotaron el monto asegurado vigente o haya transcurrido un año a partir del primer gasto, no serán objeto de cobertura en la nueva póliza 01-01-ING 50.