

CONTRATO ASEGURAMIENTO EN SALUD
PRESTIGE VOLUNTARIO O PLAN ESPECIAL MEDICINA PREPAGADA
COD. SISALRIL 49300028 / 49400043
CONDICIONES GENERALES

La Administradora de Riesgos de Salud Palic Salud, S. A. (ARS PALIC SALUD, S.A.), sociedad comercial organizada y existente de conformidad con las leyes de la República Dominicana, Registro Nacional de Contribuyentes No. 1-01-76158-1, debidamente habilitada por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, SISALRIL, mediante Resolución No. 004-2004 emitida en fecha 8 del mes de octubre de 2004, con domicilio social sito en la Ave. 27 de Febrero No. 50, Ensanche El Vergel, Edificio ARS Palic, de esta Ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, debidamente representada por su Vicepresidente de Negocios CHRISTIAN WAZAR AYBAR, dominicano, mayor de edad, casado, funcionario privado, provisto de la Cédula de Identidad y Electoral No. 001-0170551-5, domiciliado y residente en esta Ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, quien en lo adelante del presente contrato se denominará LA COMPAÑÍA o por su nombre completo.

CONTRATANTE : *Consejo Nacional para el Cambio Climático y el Mecanismo de Desarrollo Limpio*
 CONTRATO NO.

FECHA DE EFECTIVIDAD : *01-07-19*

FORMA DE PAGO *mensual*

Este Contrato se expide en consideración a la solicitud y al pago de los costos que se consignan en este documento, para que entre en vigor en la fecha del Contrato arriba estipulado y tenga una vigencia de un (1) año, pudiendo renovarse automáticamente si ninguna de las partes notifica a la otra con treinta (30) días de antelación, su deseo de rescindirlo. El Contrato terminará por incumplimiento en el pago de las facturas correspondientes y terminará también por circunstancias que se especifican más adelante, después de recibirse aviso escrito ya sea de parte de la Compañía o del Afiliado. Los Costos deben ser pagados por cantidades determinadas conforme se estipula más adelante.

La facturación inicial se cumple y debe pagarse al momento de emitirse el contrato. Las facturaciones subsiguientes se cumplen y deben pagarse a presentación, mientras este contrato se halle en vigor.

Este Contrato se expide y se acepta con el entendimiento de quedar sujeto a todos los privilegios y condiciones expuestos en esta página y en las subsiguientes de este documento.

Este Contrato se expide y se acepta con el entendimiento de quedar sujeto a todos los privilegios y condiciones expuestos en esta página y en las subsiguientes de este documento y se encuentra sujeto a las disposiciones emitidas tanto por la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales como en las normativas y leyes vigentes aplicables.

En testimonio de lo cual se firma en Santo Domingo, D.N., República Dominicana, a los 01 () días del mes de Julio (07) del año 2019.

[Firma]

Cláusula No.1.-

INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO:

El Contrato, la (las) modificación (es) adjunta (s), la solicitud del afiliado Principal, y las solicitudes individuales, si las hubiera, de las personas afiliadas, constituyen el contrato completo entre las partes contratantes. Todas las manifestaciones hechas por el Afiliado Principal o por las personas afiliadas serán, al no existir fraude, consideradas como declaraciones y no como garantías, cualquier testimonio o falsa declaración u omisión de un padecimiento previo, podrá ser usado para invalidar el contrato, aunque no esté contenida en una declaración escrita del paciente afiliado.

La validez del Contrato podrá ser impugnada, por la falta de pago de las contribuciones y por falsas declaraciones, aún después que haya estado en vigor durante dos años a partir de la fecha del contrato.

El Contrato se puede enmendar en cualquier momento. Por medio de solicitud por escrito hecha por el Afiliado Principal y convenida con la Compañía, o mediante modificación de la Compañía, pero tal modificación no perjudicará ninguna reclamación de servicio que haya ocurrido con anterioridad a la fecha del cambio.

El Contrato se puede enmendar para terminar la cobertura proporcionada bajo este o cualquier contrato suplementario para los afiliados en cualquier localidad por razón de guerra, o actos de guerra; dicha modificación tendrá efecto en la fecha comunicada por la Compañía.

Ninguna persona está autorizada para alterar o enmendar este Contrato, ni para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en el mismo, para prorrogar el período para el pago de las contribuciones ni comprometer a la Compañía por medio de promesa o representación. Ningún cambio en este contrato será válido a menos que exista la correspondiente modificación, firmada por el Presidente, Vicepresidente o un Gerente de la Compañía.

Siempre que en este contrato se use o aparezca un pronombre personal en el género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

Se conviene que este contrato será interpretado de acuerdo con las leyes vigentes. Además que las 12:01 A.M. hora nacional, será considerada la Hora Efectiva con respecto a Cualquier fecha referida en el contrato.

Cláusula No. 2.-

REGISTROS E INFORMES:

Todos los registros del Afiliado Principal que puedan ser relacionados con el presente contrato estarán expuestos a inspección por la Compañía en cualquier momento.

Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel derecho a servicio que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel derecho a servicio que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará un ajuste equitativo en la contribución. Cuando el alegato de error sea originado por el Afiliado Principal y/o el afiliado y que involucre la devolución de las contribuciones, el período máximo a devolver en ningún caso excederá los seis (6) meses.

Cláusula No. 3.-

CARNÉ:

La Compañía emitirá, para entregar a cada persona afiliada bajo el presente contrato, un carné individual, conteniendo una declaración referente a los servicios a que dicha persona tiene derecho.

En caso de pérdida, se cobrará al momento de la solicitud de emisión del duplicado, la suma de RD\$100.00 por cada duplicado solicitado. Si el duplicado es por deterioro y el afiliado devuelve el carné deteriorado, el costo del primer duplicado será por cuenta de la Compañía.

Cláusula No. 4.-

FACTURAS:

Las facturas por los servicios amparados bajo el presente contrato serán pagaderas por el Afiliado Principal en la Oficina u Oficinas de la Compañía según designe la Compañía por escrito al Afiliado Principal de cuando en cuando. Las facturas vencerán y serán pagaderas por anticipado según se especifica en la primera página del contrato, con tal que por mutuo acuerdo entre el Afiliado Principal y la Compañía se pueda cambiar el intervalo de pago, con ajuste apropiado, para estipular pagos anuales, semestrales o mensuales.

Las facturas a pagar bajo el presente contrato en cada fecha de vencimiento, serán iguales a la suma de los pagos individuales, basados en los tipos especificados en este Contrato, los cuales están sujetos a revisión en cualquier momento por parte de la Compañía, si en opinión de la Compañía la experiencia bajo este contrato no ha sido suficientemente favorable.

En caso de falta de pago, la Compañía queda facultada a: suspender los servicios, autorizaciones y reembolsos; cobrar intereses por mora; cancelar el contrato o tomar cuantas medidas considere prudentes en estas circunstancias.

Cláusula No. 5.-

OBLIGACIÓN DEL PAGO DE LAS FACTURAS:

Si el afiliado principal hiciera petición por escrito, para que la terminación del contrato tuviera efecto en cualquier momento fuera del fin del período para el cual se ha contratado el mismo, quedará comprometido a saldar todas las facturas pendientes de pago hasta el fin del nuevo período de terminación acordado.

Cláusula No. 6.-

FORMA DE PAGO:

En el caso de algún gasto reembolsable, si procediere, cubierto por este contrato, ninguna acción legal será presentada bajo este contrato para recobrar los gastos incurridos por un servicio médico antes de expirar el plazo de sesenta (60) días después de que las pruebas de reclamación hayan sido suministradas a La Compañía de acuerdo a los requisitos del presente contrato.

Cláusula No. 7.-

CÁLCULOS DE LAS FACTURAS:

La factura a ser pagada por los beneficios proporcionados por este contrato, se determinará multiplicando el número de participantes en cada tipo de enrolamiento por la tarifa que se estipula en las condiciones particulares del presente Contrato. El total de las sumas así calculadas será la facturación que vence y es pagadera para las coberturas contratadas en el presente contrato. La compañía se reserva el derecho de modificar los costos y cargos al contrato, cuando el caso lo amerite, notificando por escrito al contratante con 30 días de anticipación, siempre que cuente con la previa aprobación de la Sisalril, previo cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes.

Cláusula No. 8.-

ELEGIBILIDAD:

El término "Afiliado" se referirá a cualquier persona que a la fecha efectiva de este Contrato esté disfrutando de todas su facultades físicas, mentales y jurídicas, y que sea elegible. Las clases de Afiliados Elegibles para este Contrato son las que se especifican más adelante.

Cláusula No. 9.-

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

Los servicios al Afiliado bajo este contrato terminarán automáticamente (1) si se termina este Contrato; (2) si deja de pertenecer a las clases elegibles para los servicios contratados bajo el presente Contrato; (3) si el Afiliado Principal está encarcelado cumpliendo sentencia o prisión preventiva por más de seis meses; (4) si el afiliado deja

de hacer, cualquier contribución requerida cuando la misma venza (5) Por la comisión de cualquier irregularidad, ofensa o perjuicio en contra de la Compañía y/o cualesquiera de los proveedores de servicios de salud afiliados a la Compañía, quedando obligado a resarcir de manera inmediata los daños económicos que hubiere ocasionado. Esta cláusula es aplicable indistintamente al afiliado principal y a sus dependientes afiliados; (6) La omisión de cualquier condición preexistente, con conocimiento o no, no reportada al solicitar la afiliación a este contrato, puede resultar en una negación de servicios o en una terminación del afiliado principal y sus dependientes.

Cláusula No. 10.-

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES:

El término "Dependiente" se refiere solamente: a) al esposo, o la esposa legal de un afiliado, excluyendo aquellos, legalmente separados, o la persona viviendo con un afiliado en una reconocida condición de marido y mujer. b) los hijos solteros de un Afiliado Principal, hijastros e hijos legalmente adoptados, siempre y cuando sean mayores de 10 días y menores de 30 años, que es la edad límite, que no se hayan emancipado jurídica y/o económicamente, viviendo en el hogar del afiliado principal o ausente de allí por razones de estudios, teniendo la misma residencia del Afiliado Principal. Dichos hijos deberán depender del afiliado en los archivos del Afiliado Principal.

Si cualquier persona definida como dependiente es también elegible como Afiliado Principal bajo este Contrato, dicha persona no será elegible como dependiente bajo este Contrato.

Cláusula No. 11.-

AFILIACIÓN DE DEPENDIENTES:

Cualquier Afiliado Principal que tenga dependiente(s) será elegible para la afiliación de dependiente(s) al momento de presentar la solicitud de afiliación.

Para ingresar a este contrato, el afiliado principal y sus dependientes deberán hacer solicitud por escrito. Los titulares declararán todos los dependientes elegibles que desean incluir y acordarán declarar prontamente cualquier cambio en la clasificación de tales dependientes. La afiliación de dichos dependientes estará sujeta a las siguientes condiciones:

- (1) Que no se encuentren padeciendo ninguna enfermedad, ni tengan padecimientos pre-existentes conocidos o no.
- (2) Los niños nacidos bajo este contrato tendrán derecho a utilizar los servicios de salud correspondientes a su plan, los primeros treinta días de vida, con el carné de la madre. Si la afiliación del recién nacido no es solicitada formalmente, antes de que se venza este plazo, con los documentos establecidos por la ARS para estos fines, el recién nacido quedará automáticamente excluido del contrato, tan pronto cumpla los 30 días de vida.

Cualquier dependiente que al presentar Declaración Jurada, la Compañía considere que la misma no es satisfactoria, podrá ser rechazado o aceptado con exclusión parcial o total de las dolencias que lo afectan.

Cláusula No. 12.-

TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN DE DEPENDIENTES:

La afiliación de un dependiente bajo este contrato terminará automáticamente: (1) si se termina la afiliación del Afiliado Principal bajo este contrato; (2) si el dependiente afiliado cesa de ser elegible como dependiente; (3) si se termina este contrato; (4) si el Afiliado Principal deja de hacer cuando venza, cualquier pago requerido.



Cláusula No. 13-

BENEFICIOS NO DUPLICADOS:

Los beneficios de este contrato no se duplicarán con los beneficios de cualquier otro plan, por el cual cualquier afiliado pueda ser elegible. Cuando algún Afiliado esté cubierto también por algún otro beneficio, los beneficios cubiertos bajo este Contrato se reducirán en una cantidad la cual, cuando agregada a tal beneficio duplicado, sea igual al 100% de los beneficios estipulados por este contrato. Asimismo la duplicidad de coberturas no implicará la no, aplicación de ajustes de gastos que excedan lo razonable y acostumbrado.

Este Contrato estipula la no, duplicidad de beneficios. Los beneficios serán pagados en primer lugar por todos los demás planes duplicados.

Cláusula No. 14-

SIN PARTICIPACION:

El presente contrato no participará de ganancias repartibles de la Compañía.

Cláusula No. 15.-

PRE-CERTIFICACION DE BENEFICIOS

Todo afiliado y/o dependiente deberá obtener una certificación previa de La Compañía en relación con los beneficios pagaderos bajo este contrato, para lo cual deberá notificar a La Compañía, por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de utilizar servicios médicos cubiertos por este contrato y sobre los datos básicos al respecto con anticipación con por lo menos cinco días hábiles en casos de servicios pre-programados (Servicios que pueden ser programados con anticipación), o lo más pronto posible en caso de servicios de emergencias. En este caso la notificación deberá hacerse dentro de las próximas 72 horas después de haber comenzado la condición que amerite el tratamiento de la emergencia.

La Compañía podrá requerir a los afiliados su evaluación por facultativos designados por ella durante el internamiento de aquellos en la Clínica, Hospital o en su domicilio particular, o citarlos al consultorio de dichos facultativos para comprobar la procedencia de los beneficios requeridos. Asimismo, podrá investigar y solicitar informaciones a los médicos que hayan asistido a los afiliados. En general, podrá disponer de las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas y/o certificaciones fraudulentas, La Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el afiliado perderá todo derecho a indemnización. Por otra parte, el afiliado y sus dependientes quedarán excluidos automáticamente del contrato.

En caso de que no se cumplan con las disposiciones de Pre-Certificación establecidas en este artículo, La Compañía pagará, después de haber analizado las circunstancias particulares del caso, la indemnización correspondiente según el esquema previsto en el Cuadro de Beneficios.

El requisito de Pre-Certificación aquí descrito no garantiza o confirma, por sí misma, los beneficios pagaderos bajo este contrato.

Los beneficios pagaderos bajo este contrato, se regirán por el concepto de Pre-Certificación, arriba descrito, en base, a lo siguiente:

- A. Gastos Hospitalarios, Cirugías Ambulatorias, en Centros Afiliados y reembolsos, sujeto a los límites descritos en el Cuadro de Beneficios.
- B. Para otros Servicios Ambulatorios, sujeto a los límites descritos en el Cuadro de Beneficios.

Cláusula No. 16.-

RECLAMACIONES:

Aviso de Reclamación: Aviso escrito de lesión o enfermedad sobre la cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a La Compañía, y, en todo caso, dentro de los 60 días de haberse incurrido en cualquier gasto médico por el cual puedan reclamarse los beneficios. Excedido este período, La Compañía se reserva el derecho de reconocer y aceptar dicha reclamación.

Pruebas de Reclamación: Debe de suministrarse a la Compañía los documentos necesarios para completar la reclamación, tales como formularios de reclamación debidamente completados, firmados y recibos originales pagados o cancelados que amparen los gastos incurridos. Asimismo diagnósticos de las enfermedades, tratamientos aplicados, detalles de las cuentas y cualquier otro detalle que ayude en el análisis y depuración de una reclamación.

Exámenes: La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Afiliado Principal o dependientes cuando y tantas veces como lo requiera razonablemente mientras esté pendiente una reclamación bajo el presente.

Cláusula No. 17.-

DEFINICIONES:

El término "Afiliado Principal" según se emplea a través de este contrato se referirá (1) una persona que esté afiliado bajo los términos y condiciones de este contrato, y (2) si los dependientes de tales Afiliados Principales son elegibles bajo los términos de este contrato, a un dependiente afiliado.

El término "Incapacidad", según se emplea en este contrato, es el tiempo transcurrido desde el comienzo de la alteración de la salud hasta su total restablecimiento. Asimismo, todos los efectos ocasionados por una o varias enfermedades y sus complicaciones. Habrá un período de espera de noventa (90) días contados desde la fecha de salida de la última hospitalización. Quedan exentos de este los casos o tratamientos a causa de accidentes ocurridos en circunstancias o momentos diferentes.

"Emergencia Ambulatoria", significa el estado de un paciente luego de sufrir una enfermedad o una lesión y/o agresión en su estado físico general, que amerite la atención inmediata en la Sala de Emergencia de una Clínica u Hospital, pero sin requerir una supervisión médica continua.

"Hospital o Clínica" se refiere a una institución autorizada como tal,, que opera para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas. Proporciona asistencia de médicos y enfermeras las 24 horas y tiene facilidades para diagnóstico y cirugía mayor, excepto en el caso de un hospital dedicado especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas.

El término hospital no se interpretará que incluye a un hotel, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, lugar para vigilancia, asilo para ancianos o un lugar usado principalmente para la reclusión o tratamiento de adicto a drogas o a alcohólicos.

"Proveedores Afiliados": se refiere a un hospital o clínica, un laboratorio, un centro de diagnóstico u otros servicios médicos y/o un médico aprobado por La Compañía con un contrato de afiliación, mediante el cual, el proveedor brinda servicios de salud cubiertos por el presente contrato a los afiliados. Dichos servicios pueden ser pagados directamente por la Compañía.

"Proveedores Seleccionados": se define como proveedores seleccionados, a las clínicas, médicos, laboratorios, centro de diagnóstico u otros servicios médicos seleccionados de nuestra Lista de Proveedores Afiliados, para

prestar servicios en programas especiales de salud. Se utiliza básicamente en programas que no cuentan con el beneficio de Reembolso a los Afiliados.

Se define el término “Como Cualquier Incapacidad” (C.C.I.), a las coberturas de embarazo que se cubren bajo los renglones ordinarios de internamientos: Habitación; Servicios Especiales y Honorarios Médicos, tal como cubre en otras enfermedades.

Responsabilidad de los Gastos: Los Gastos que se originen por cualquier padecimiento o enfermedad de un afiliado principal o de su(s) dependiente(s), serán una responsabilidad directa del paciente que los ocasione. Por tanto, cualquier gasto no cubierto; error involuntario de la Compañía o error inducido por el propio afiliado, no serán considerado gastos cubiertos, aunque se haya producido promesa de pago o aunque se haya hecho erróneamente efectivo el mismo. El Afiliado quedará obligado a resarcir cualquier pérdida o daño económico que hubiere producido a la Compañía o cualquier diferencia autorizada a un Proveedor Afiliado, no cubierta por el Contrato.

“Internamiento” significa una persona que esté registrada como paciente en un hospital e incurre en un gasto diario de cuarto y comida. El internamiento solo podrá producirse bajo criterios médicos que no permitan cuestionar la necesidad del ingreso y en los casos en que el tratamiento no sea posible de aplicar ambulatoriamente.

“Caso” Para los efectos de este contrato, se entiende por la atención de un mismo evento y/o el manejo de una patología específica del afiliado.

“Año calendario” cada anualidad comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de cada año.

“Año contrato”. Cada período de doce (12) meses contados a partir del primer día de vigencia del presente contrato.

“Operación Quirúrgica” Es la intervención instrumental que se practica para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, accidentes y embarazo.

“Justo, Razonable y Acostumbrado” se refiere a un cargo por atención médica que se considera justo y razonable hasta el límite acostumbrado y que no exceda el nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad donde el cargo es incurrido, cuando se compara con suministros o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingreso semejantes, por una lesión o enfermedad similar. En lo referente a honorarios médicos, se referirá a la Tarifa de Honorarios Médicos o THM vigente en La Compañía en el momento de efectuarse un procedimiento.

“Preexistencia” Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

“Enfermedades congénitas” Se refiere a enfermedades o trastornos existentes en o desde el nacimiento, que hayan sido o no diagnosticados en ese momento. O que hayan sido diagnosticados o tratados durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

Planes Especiales de Medicina Pre pagada: Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados por la ARS con el objetivo de suplir coberturas adaptadas a los requerimientos de cada afiliado o de cada empleador, para ser brindadas total o parcialmente en el exterior del país, atendiendo a las coberturas especificadas. Estos planes podrán ser contratados por los afiliados al Régimen Contributivo.

Planes Voluntarios: Son todos aquellos tipos de planes individuales, familiares o colectivos de salud, diseñados y administrados por la ARS, con el objetivo de suplir coberturas de salud, a favor de las personas o núcleos familiares que no cotizan al SDSS.

“Niños Nacidos con Problemas* Es la atención prestada al recién nacido con patología congénita o afecciones relacionadas al parto. Esta cobertura está limitada según cuadro de beneficios o hasta la fecha de egreso del centro médico, lo que ocurra primero.

Cláusula No. 18.-

BENEFICIOS AMPARADOS POR EL PRESENTE CONTRATO:

La Compañía pagará de acuerdo a los límites establecidos en las Tablas de Honorarios Médicos los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los afiliados en las siguientes clases de cuidados, durante la vigencia del presente contrato, sujeto a las estipulaciones establecidas en el mismo.

Sección I.- BENEFICIOS DE HOSPITALIZACION:

Si como resultado de una lesión o enfermedad, y sujeto a las limitaciones y exclusiones, así como a los períodos de espera establecidos en el presente contrato, cualquier afiliado se recluye en un hospital público o privado, legalmente establecido, mientras esté amparado bajo el presente, la Compañía pagará los siguientes beneficios:

a) Beneficios Diarios - Habitación: La Compañía pagará el gasto incurrido por el afiliado por cargos hechos por el hospital o clínica, por cuarto, alimentación, cuidados en general de enfermeras, proporcionados durante la reclusión del afiliado en éste, pero no excediendo de (1) la cantidad máxima por cada día de reclusión, y (2) la cantidad máxima por cada incapacidad especificada en el Cuadro de Beneficios.

Los cargos diarios por uso de “Unidad de Cuidados Intensivos” para los afiliados que requieran este servicio, estarán cubiertos al 100% según Tabla de Honorarios Médicos.

La duración de este beneficio de uso de unidad de Cuidados Intensivos es excluyente del uso del beneficio de habitación, por tanto, cuando un paciente requiera el uso de ésta unidad y mantenga al mismo tiempo ocupada una habitación, ésta última deberá ser cubierta por el propio afiliado.

b) Medicinas, Laboratorios, Rayos X, Estudios Diagnósticos Especiales y Servicios en Internamiento:

La Compañía pagará el gasto incurrido por el afiliado por cargos hechos por el hospital, pero no excediendo, durante cada incapacidad, el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios por servicios suministrados al afiliado durante su reclusión en el hospital como sigue:

- 1) Uso de quirófano, sala de tratamiento y equipos.
- 2) Vendajes, entablillados y enyesados, abrazaderas, aparatos, equipos especiales y material ortopédico, tales como: placas, clavos, fijadores y otros aditamentos metálicos o no, utilizados en una operación. En adición a esto se cubrirán los Honorarios Médicos y de Ayudantía según los límites establecidos en nuestra Tabla de Honorarios Médicos.
- 3) Drogas y medicinas recetadas por el médico de asistencia y que sean comercialmente obtenibles por compra por el hospital donde se halle recluso el afiliado, basado en los precios comerciales de farmacias. Limitado cada valor establecido en el Cuadro de Beneficios.

- 4) Cuando sean proporcionados como servicios regular y acostumbrado del hospital, exámenes de laboratorio, de metabolismo basal, electrocardiogramas, terapia física, oxígeno y anestesia, exámenes de rayos X, Estudios Especiales de Diagnósticos, administración de sangre y plasma sanguíneo, inyecciones y soluciones intravenosas,
- 5) Administración de anestesia por un médico calificado pero no excediendo durante cada incapacidad el 30% de los honorarios establecidos en la Tarifa de Honorarios Médicos o THM, para el procedimiento quirúrgico aprobado al cirujano.
- 6) Ayudantía Médica. No excediendo durante cada incapacidad el 15% de los honorarios establecidos en la Tarifa de Honorarios Médicos o THM, para el procedimiento quirúrgico aprobado al Cirujano. Esta cobertura deberá ser autorizada por la compañía siempre y cuando la complejidad del caso, lo amerite.

c) Beneficios de Emergencia Ambulatoria:

Si como resultado de una emergencia ambulatoria, cualquier afiliado recibe el necesario tratamiento en un hospital o clínica legalmente establecido, dentro de las 24 horas subsiguientes al incidente y mientras se halle afiliado bajo el presente contrato, la Compañía pagará los gastos incurridos por el necesario tratamiento profesional, quirúrgico o médico prestado en el hospital por un médico o cirujano licenciado, limitado a la cantidad máxima por cada incapacidad especificada en el Cuadro de Beneficios.

Sección II.- BENEFICIOS QUIRURGICOS Y CLINICOS:

Si como resultado de una lesión o enfermedad, cualquier afiliado sufre una intervención quirúrgica (incluyendo los cargos por servicios suministrados por el cirujano, antes y después de la operación), o un tratamiento clínico, que no requiera cirugía, establecidos en las Tarifas de Honorarios Médicos, exceptuando los procedimientos y/o enfermedades excluidas en el Contrato, y sujeto al Período de Espera de seis (6) meses establecidos para las cirugías electivas, mientras se encuentre recluso en un hospital público o clínica privada, legalmente establecida, la Compañía pagará los gastos por Honorarios incurridos por dicho tratamiento.

Párrafo: En lo relativo a los casos de emergencias, estos no tendrán período de espera.

Si se trata de un tratamiento clínico, el pago estará limitado al pago de una visita por cada día de recluso, condicionado a lo siguiente:

- 1) El pago por cualquier operación quirúrgica, no excluida en este Contrato, no excederá la cantidad establecida para dicha operación en la Tarifa de Honorarios Médicos ó T.H.M. vigente en la Compañía al realizarse la misma. Si la operación realizada no aparece en la T.H.M., la Compañía se reserva el derecho de autorizarla, en cuyo caso, ésta determinará la cobertura basándose en una operación de equivalencia y severidad similar a otra que sí aparezca registrada.
- 2) Si dos o más procedimientos son practicados a través de una sola incisión, el pago por todos los procedimientos no excederá la cantidad máxima indicada en la T.H.M., se pagará el primer procedimiento al 100% y el segundo al 50%.
- 3) Cualquier gasto quirúrgico a ser pagado por este Contrato está sujeto a que el servicio sea prestado por un Médico afiliado, ubicado en un Centro Seleccionado. En el caso en que en una situación de emergencia, notificada a la Compañía por el afiliado dentro de las primeras 24 horas de iniciada, sea atendida en un Centro No Seleccionado, la Compañía reembolsará al mismo, los valores que hubiere cubierto al Médico Afiliado. Los reembolsos serán procesados de acuerdo a las condiciones estipuladas en la Sección IX de este contrato.

4) Servicios Dentales prestados por un médico, dentista o cirujano dentista para el tratamiento de lesiones accidentales, sufridas en los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente, el tratamiento incluye reembolso por el reemplazo de dichos dientes naturales, dentro del período de los seis (6) meses, y sujeto a la aprobación previa de ARS Palic Salud, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos.

Sección III.- BENEFICIOS DE CONSULTAS AMBULATORIAS:

Si como resultado de una lesión o enfermedad, cualquier afiliado incurre en gastos necesarios por atención médica en el consultorio del médico seleccionado, la Compañía cubrirá dichos gastos según el Cuadro de Beneficios. Si la titular o cónyuge afiliada se encuentra en estado de embarazo, y cumple con los requisitos para gozar de dicha cobertura de embarazo, se le adicionarán las consultas en base, al Cuadro de Beneficios.

Sección IV.- BENEFICIOS DE EXAMENES PARA DIAGNOSTICOS:

Si durante cualquier año del contrato el afiliado incurre en gastos por exámenes para diagnósticos, tales como Rayos X, exámenes microscópicos y exámenes de laboratorios, utilizando las facilidades de los Proveedores Afiliados, la Compañía pagará el porcentaje establecido en las condiciones particulares del presente contrato, y de las tarifas aprobadas por la Compañía.

Para los casos de Estudios Especializados, tales como Resonancia Magnética, Tomografía Axial Computarizada, Eco cardiografía, Mielografía, y otros estudios especializados no especificado en el presente contrato; los cuales deberán ser previamente autorizados por la Compañía, y en caso de ser aprobados, la cobertura será equivalente al porcentaje establecido en las condiciones particulares del presente contrato, y de las tarifas aprobadas por la Compañía.

Se requiere que las indicaciones para estos Estudios Especializados sean prescritas por un médico tratante seleccionado y deben ser pre-certificadas por la ARS.

Sección V.- BENEFICIOS DE MATERNIDAD:

1. Coberturas de Internamientos:

En reclusiones por embarazo, tales como parto, amenaza de aborto legal, cesárea, embarazo extra-uterino y cualquier complicación que surja con respecto al embarazo, que requieran internamiento, los gastos de hospitalización estarán cubiertos sujeto a los límites establecidos por la Sección I.- Beneficios de Hospitalización y la Sección II.- Beneficios Quirúrgicos, incluyendo el beneficio de Honorarios por Recibimiento del Recién Nacido.

2. Niños Nacidos con Problemas Hasta los Límites establecidos en el Cuadro de Beneficios

3. Período de Espera:

El embarazo será cubierto atendiendo a los beneficios del plan contratado, siempre y cuando el mismo inicie después del tercer mes de vigencia para aquellos planes colectivos, y a partir del sexto mes de vigencia, para aquellos planes individuales y familiares.

Sección VI.- BENEFICIOS DE VACUNAS:

La Compañía cubrirá el costo de las vacunaciones de los niños durante los primeros diez (10) años de vida, de acuerdo a los límites que aparecen en el Cuadro de Beneficios, y para disfrutar de la cobertura, éstos deben estar registrados como dependientes del Afiliado Principal Este beneficio será aplicable en, base al Esquema de Vacunación correspondiente y de acuerdo a la edad del niño en el momento de su ingreso al Contrato.

Sección VII.- TRASLADO EN AMBULANCIA: Esta cobertura se otorgará siempre y cuando se utilice dicho servicio por una real, efectiva y comprobable condición de emergencia. La misma se otorgará de manera directa o por vía de reembolso, sujeta a los costos usuales y acostumbrados, de acuerdo con lo establecido en el Cuadro de Beneficios anexo.

Sección VIII

GASTOS MEDICOS MAYORES REEMBOLSABLES. BENEFICIOS COBERTURAS CATASTRÓFICAS:

ARS PALIC SALUD pagará los beneficios de hospitalización, así como los honorarios médicos y medios diagnósticos provenientes sólo de las siguientes enfermedades o necesidades médicas, sujeto al límite arriba estipulado, por cualquier tratamiento, servicio y suministro llevado a cabo.

- a) **Enfermedades Neurológicas.**
Incluyendo Accidentes cerebro vasculares.
- b) **Cirugía cardiaca y Angioplastia.**
- c) **Cáncer incluyendo quimioterapia, radioterapia y la cirugía Reconstructiva.**
- d) **Trauma severo, incluyendo rehabilitación.**
- e) **Insuficiencia renal crónica (diálisis).**
- f) **Quemaduras Graves, incluyendo la cirugía reconstructiva.**
- g) **Transplantes de Órganos: Corazón, Corazón-Pulmón, Pulmón, Páncreas, Páncreas / riñón, Riñón, Hígado, Médula ósea.**

Definiciones:

Enfermedades Neurológicas: Enfermedad en la cual el sistema nervioso central y/o periférico se encuentran afectados por un desorden que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen el sistema nervioso central y/o periférico. No se considerará enfermedad neurológica, a los efectos de esta cobertura, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central y/o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

Accidente Cerebro-Vascular: Es toda enfermedad producida por trombosis, embolismo y/o hemorragia en o por un vaso sanguíneo intracraneal o de la médula espinal.

Angioplastia: Reconstrucción de vasos sanguíneos dañados por una enfermedad o lesión.

Cáncer: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno de crecimiento descontrolado, y proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o la metástasis o grandes números de células malignas en cualquier órgano o tejido.

Traumas Severos: Lesiones múltiples del organismo, secundarias a accidentes violentos, en las cuales hay por lo general fracturas múltiples de huesos y lesiones de órganos internos. La cobertura incluye material de Osteosíntesis, Prótesis y Rehabilitación.

Cirugía Cardiovascular: Toda operación quirúrgica del aparato cardiovascular que incluye operaciones del corazón y sus válvulas; sean éstas a cielo abierto o no, las arterias, los grandes vasos emergentes del corazón y todos los vasos sanguíneos, incluyendo arterias y venas.

Insuficiencia Renal: Etapa terminal de una enfermedad crónica renal, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento renal, como consecuencia de la cual se hace necesario el tratamiento con diálisis o el trasplante del riñón.

Transplante: Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante la vigencia del contrato mediante el cual se inserta en el cuerpo del asegurado cualquiera de los órganos, proveniente de un donante fallecido o vivo. (Incluye Gastos del donante).

Donante: Significa una persona viva o fallecida, a la cual se le ha extraído uno o más de los Órganos o Tejidos de su cuerpo, con la finalidad de insertarlos (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

Díálisis: Es todo procedimiento que utiliza un riñón artificial extracorpóreo para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Neurocirugía: Es toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

Quemaduras Graves: Lesión de los tejidos causada por acción de factores físicos y químicos. A los efectos de la presente cobertura sólo serán consideradas como Quemaduras Graves aquellas que sean catalogadas como Quemaduras de Tercer (3) grado.

LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA POR CADA PERSONA AFILIADA POR AÑO CONTRATO (Según estipula el Cuadro de Beneficios)

Este límite será único para cada condición especificada en el presente beneficio.

Este beneficio es una extensión del Plan de Salud Local. Si el Afiliado recibe atención en el extranjero, dispondrá solamente hasta el monto estipulado en el Cuadro de Beneficio, de acuerdo a los gastos elegibles justos y razonables del mercado dominicano.

ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES

No tendrán amparo de por vida toda enfermedad existente a la fecha de entrada en vigor de esta cobertura, es decir, que las que estuvieren presentes anterior a ésta haya o no tenido, el afiliado conocimiento de que tales síntomas estaban relacionados a la enfermedad, no tendrán cobertura.

PERIODO DE ESPERA

Tendrán cobertura aquellas enfermedades que surjan después de Ciento Ochenta (180) días, a partir de la fecha de entrada en vigencia de esta cobertura, excepto en caso de traumatismo por accidente.

Sección IX.-GASTOS REEMBOLSABLES

Si un Afiliado como consecuencia de una incapacidad, incurre en "Gastos Elegibles" (como se define más abajo), la Compañía reembolsará el 90% de dichos gastos elegibles, de acuerdo a lo justo, razonable y acostumbrado hasta el beneficio máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios, para cada individuo Afiliado y de conformidad con las siguientes definiciones y estipulaciones:

1.- "Gastos Elegibles" es definido como los gastos reales incurridos por un Afiliado y que son razonables y acostumbrados para su atención médica, ordenados o administrados por un médico autorizado para practicar la

medicina. Los Gastos Elegibles no incluirán cualquier cantidad reembolsada por cualquier otra cláusula, pero sí incluirá:

- I. Beneficios Diarios de habitación. La compañía reembolsará el gasto incurrido por el afiliado por cargos hechos por el Prestador, por habitación, alimentación, cuidados en general de enfermeras proporcionados durante la reclusión del afiliado, no excediendo la cantidad máxima por cada incapacidad especificada en el cuadro de beneficios.
- II. Los demás servicios y suministros para la atención médica en el Hospital. Cualquier Gasto Especial ocasionado por transfusión de sangre, lo cual incluirá el costo de la sangre en sí y el de los derivados sanguíneos, se tomará en consideración para pagarlo bajo esta estipulación hasta el máximo asignado para sangre señalado en el Manual de Procedimientos. La cantidad total, pagadera para dicha transfusión de sangre bajo esta estipulación y bajo el beneficio de gastos de cirugía no excederá de la cantidad máxima que aparece en el referido Manual.
- III. Anestésicos y Administración Servicios Médicos por cirugía y otras atenciones médicas, excluyendo los servicios dentales, a menos que sea el tratamiento como se define en acápite (IV).
- IV. Servicios dentales prestados por un médico, dentista o cirujano dentista para el tratamiento de lesiones accidentales, sufridas en los dientes naturales a través de medios externos violentos, dentro de los seis (6) meses siguientes al accidente; el tratamiento incluye el reembolso por el reemplazo de dichos dientes naturales, dentro del período de los seis (6) meses, y sujeto a la aprobación previa de la Compañía, de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos.
- V. Servicio Privado de enfermería prestado por una enfermera profesional, ordenada por un médico, graduada y colegiada, pero que no sea familiar del Afiliado, sujeto a la aprobación previa y escrita de la Compañía, siendo limitado a un período de quince (15) días, año calendario. Los honorarios por día de servicios se pagarán de acuerdo a la Tabla de Honorarios Médicos.
- VI. Los demás servicios y suministros siguientes:
Tratamiento de Rayos X; radiaciones y otras sustancias radioactivas; tratamientos por un fisioterapeuta, que no sea de su familia; y medicinas indicadas por un facultativo debidamente amparadas además, por factura sellada y firmada por un establecimiento farmacéutico reconocido; enyesado, entablillado, implante de miembros, braguero, abrazaderas y muletas; alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital; servicio de ambulancia para traslado a un hospital local.
- VII. Los gastos incurridos fuera de la República Dominicana serán liquidados, al 90%, de acuerdo a lo justo razonable y acostumbrado del mercado hasta el Beneficio Máximo estipulado para cada individuo Afiliado.

3.- "Especificaciones, Limitaciones y Costos" que serán aplicadas a esta Cláusula, están definidas en Especificaciones anteriores del presente contrato.

Cláusula No. 19-

ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Cualquier gasto que pudiese ser efectuado por esta compañía bajo este concepto, podrá ser recuperado en cualquier momento por ésta, la cual tendrá ese derecho, para satisfacer la intención de esta estipulación, ante cualquier organismo o entidad pública y/o privada o Compañía de Seguros.

Cláusula No. 20

EXCLUSIONES:

No estarán cubiertos por este Contrato, ningún gasto ocasionado o a consecuencia de:
 Enfermedades preexistentes conocidas o no, al iniciarse la cobertura; enfermedades congénitas, excepto cuando el beneficio de maternidad haya sido cubierto por esta compañía, como se estipula en la sección V; tratamientos, procedimientos y emergencias dentales a menos que sea como se define en sección II, acápite 4); embriaguez, alcoholismo, intoxicación alcohólica o por medicamentos con fines suicida; tratamiento de infertilidad; cirugía refractiva; habilitación de lentes o de audífonos; tratamiento para aumentar o reducir de peso; cirugías bariátricas; enfermedades profesionales o lesiones originadas por accidentes de trabajo; complicaciones por mala práctica médica; drogadicción; daños por riñas provocadas por el afiliado; intentos de suicidio; participación en la comisión de un delito; cirugías plásticas o estéticas (excepto las cirugías funcionales necesarias). Enfermedades que requieran aislamiento o cuarentena; chequeos rutinarios; gastos por los cuales el afiliado tiene derecho sin cargo; emergencias que puedan ser atendidas en el consultorio del médico, mediante una consulta ordinaria; medicamentos por psiquiatría; gastos fraudulentos; daños provocados por el afiliado o sus relacionados a la red de proveedores; pruebas y/o tratamientos de alergias; Uvulopalatofaringoplastia. Tumores en presencia de virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Con la excepción de la angioplastia con globo. Tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental secundaria a aquellas que están o no cubiertas por el contrato. Cirugía cosmética, excepto como resultado de cáncer, accidentes o quemaduras graves. Enfermedades o lesiones auto-inflingidas, suicidio, uso o abuso de alcohol, drogas, o uso ilegal de sustancias controladas. Tratamientos, servicios o suministros que no estén científicamente o médicamente reconocidos, o que sean considerados experimentales. Tratamientos en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el afiliado tuviese derecho a cuidados gratuitos. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático o acupuntura. Tratamiento de lesiones resultantes de participación en actividades peligrosas que expone al participante a un riesgo o peligro previsible. Cualquier tratamiento o servicio dental. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH. Medicamentos obtenidos sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados, mientras el afiliado estuvo ingresado en el hospital. Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por la ARS, tratamiento por lesiones sufridas mientras viajaba como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada. Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, aparato mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crió preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares. Equipos médicos duraderos, implantes gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral. La quimioterapia y los medicamentos altamente especializados (Ej. Interferón, Procrit, Avonex, etc.), están sujetos a previa aprobación por esta Compañía con anticipación. Si aprobados, serán provistos por la ARS o reembolsados al costo en que hubiese incurrido la ARS si los hubiera comprado a sus proveedores. Gastos no mencionados específicamente como cubiertos en este contrato.

Cláusula No. 21
ARBITRAJE CONCILIADOR

Todo litigio, controversia o reclamación resultante de este Contrato o relativo al mismo, su interpretación, su resolución o nulidad, que no haya sido resuelto de manera amigable entre las partes, será sometido ante el procedimiento de arbitraje conciliador a realizarse en la SISALRIL, conforme lo indicado en la Ley 87-01 y normativa complementaria.

PÁRRAFO: Es entendido entre las partes que la decisión emitida por la SISALRIL podrá seguir el curso normal de grados de jurisdicción establecidos en la Ley 87-01 y en el derecho común.

Cláusula 22.-

TERMINACION DEL CONTRATO

Por expresa disposición del Afiliado Principal o de la Compañía previo pago de cualquier prima pendiente, y de acuerdo a las especificaciones de la cláusula No. 9, este Contrato podrá ser cancelado en cualquier momento dando aviso con treinta (30) días de anticipación.

Cláusula 23-

INTEGRALIDAD

Cuando el afiliado posea el Plan Básico de Salud y un plan Especial de Medicina Prepaga activos simultáneamente en ARS PALIC SALUD, prevalecen las condiciones estipuladas en el Plan Básico de salud, con respecto de las exclusiones, elegibilidad, y períodos de espera, siempre que la cobertura esté contemplada en el PDSS destacando que las exclusiones relativas a: Enfermedades preexistentes conocidas o no, al iniciarse la cobertura; enfermedades congénitas, tratamientos, procedimientos y emergencias dentales embriaguez, alcoholismo, intoxicación alcohólica o por medicamentos con fines suicida; complicaciones por mala práctica médica; drogadicción; daños por riñas provocadas por el afiliado; intentos de suicidio; participación en la comisión de un delito; enfermedades que requieran aislamiento o cuarentena; medicamentos por psiquiatría; pruebas y/o tratamientos de alergias; Uvulopalatofaringoplastia. Tumores en presencia de virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental secundaria a aquellas que están o no cubiertas por el contrato, suicidio, uso o abuso de alcohol, drogas, o uso ilegal de sustancias controladas. Tratamiento de lesiones resultantes de participación en actividades peligrosas que expone al participante a un riesgo o peligro previsible. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares, implantes, gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral. La quimioterapia y los medicamentos altamente especializados; no tendrán aplicación para los afiliados a Planes Especiales de Medicina Pre pagada, atendiendo a las coberturas vigentes en el Plan Básico de Salud.



 Firma Autorizada y Sello ARS Palic Salud



 Firma Autorizada Contratante