

# **INSTITUTO DE PREVISIÓN DEL PROFESORADO DE LA ULA.**

## **PLAN DE SALUD**

### **CONDICIONES GENERALES:**

Este Plan de Salud, sus cláusulas y cualquier otro anexo junto con los exámenes e informes médicos si los hubiere y los informes y/o declaraciones personales del Beneficiario-Titular, quien garantiza su veracidad, constituyen la base legal del programa de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, que administra el Instituto de Previsión del Profesorado de la ULA (IPP-ULA).

Todo profesor ACTIVO o JUBILADO de La Universidad de Los Andes (ULA) que se afilie al presente Plan de Salud autogestionado por el Instituto de Previsión del Profesorado de la Universidad de Los Andes (IPP), bajo la responsabilidad de la APULA - IPP, declara conocerlo en toda su extensión y aceptarlo en todas sus partes.

### **CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL PLAN DE SALUD.**

El objeto de este Plan de Salud, es el de garantizar al Beneficiario-Titular y su Grupo Familiar Básico inscritos en el mismo, la indemnización de los gastos incurridos por éstos, dentro de los límites y condiciones establecidos, de acuerdo a los gastos justos y razonables vigentes en el mercado venezolano, o por las regulaciones hechas por el Estado Venezolano, por concepto de Hospitalización, Cirugía, Maternidad y Gastos Médicos derivados de consultas ambulatorias, a consecuencia de las lesiones tratadas por accidentes y/o por las consecuencias que originen las enfermedades que estén amparadas por la cobertura de este Plan de Salud, y que estos eventos ocurran durante la vigencia del mismo, y no excedan la cobertura estipulada.

Las coberturas a que se refiere este Plan estarán limitadas por año y grupo familiar básico, es decir, la extinción es por cobertura por grupo familiar, entendiéndose por extinción por grupo familiar básico a la cobertura máxima a indemnizar por cada grupo familiar básico, enfermedad o accidente durante la vigencia del Plan, según la cobertura acordada por el Beneficiario-Titular y el IPP.

### **DEFINICIONES:**

#### **1. ACCIDENTE:**

Se denomina accidente a la cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional en un beneficiario. Las características que lo tipifican son:

a) La falta de intencionalidad: Esto lo diferencia de aquellos actos intencionales como: El homicidio y el suicidio.

b) Sus consecuencias: Nos preocupa sus resultados, lesiones mortales o no, invalidez, impacto sobre la salud en general.

c) La rapidez: Una de las características es su brusquedad, las consecuencias para la salud son evidentes, de inmediato.

Las denominaciones de algunos accidentes aluden; a su mecanismo, al lugar de su ocurrencia, la actividad realizada por quien la sufra o al tipo de lesión resultante.

## **2. AÑO POLIZA:**

Período de tiempo comprendido entre la firma de un contrato de seguro con una compañía de seguro o contrato mercantil con una administración de salud hasta la culminación del mismo, o por autogestión de un Plan de Salud, por lo general se acompaña de un pago de prima por adelantado y/o pago de honorarios profesionales. En IPP-ULA el año póliza comprende desde el primero (1) de enero, al treinta y uno (31) de diciembre de cada año.

## **3. RIESGO:**

Es un hecho futuro e incierto, del cual se puede generar un daño, viene a ser la esencia del contrato con una compañía aseguradora o administradora de salud, así como por autogestión de una empresa de su Plan de Salud. En medicina su definición posee un sentido teórico y estadístico como la "Probabilidad de que ocurra un fenómeno indeseado o daño". En este Plan de salud los riesgos son puros más no especulativos, es decidir, siempre generan pérdida.

## **4. PRIMA:**

Es un cálculo proporcional a la evaluación que se hace del riesgo.

## **5. ATENCION MÉDICA PRIMARIA:**

Este nivel corresponde a los servicios básicos de salud que realizan acciones de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones se realizan en forma ambulatoria en la consulta externa de clínicas, hospitales, puestos y centros de salud; en los domicilios, o en otros sitios tales como centros comunales y unidades móviles.

## **6. HONORARIOS PROFESIONALES:**

Es la retribución por la prestación de un servicio, convenido entre ambas partes, para llevar a cabo el manejo del Plan de Salud IPP-ULA.

## **7. BAREMOS:**

Libros de cuentas ajustadas, lista o repertorio de tarifas, conjunto de normas que sirve para evaluar algo. Representa una lista de precios que son convenidos entre la compañía aseguradora y/o administradora de salud, así como las empresas o instituciones que autogestionan su Plan de Salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este instrumento es elaborado utilizando el compartimiento de costos de los gastos de salud en el mercado tanto nacional como internacional, ajustándose a la realidad de cada país, valiéndose del incremento del IPC tanto global como médico, dependiendo de los rubros que integran las listas de tarifas.

## **8. BENEFICIARIO TITULAR O POR PARENTESCO O DEPENDIENTES DEL TITULAR:**

Todas aquellas personas, profesores activos o jubilados de la Universidad de los Andes, que se inscriben en la APULA – IPP, como beneficiario titular, su Grupo Familiar Básico (Padres, Hijos hasta los 26 años y cónyuge). Deben encontrarse debidamente inscritos en el Plan de Salud, para gozar del derecho a recibir las indemnizaciones de los gastos amparados en éste Plan, bajo los términos establecidos en el mismo y cuyo derecho al beneficio sea conferido por el IPP-ULA.

#### **9. CARTA AVAL:**

Documento de crédito IPP-ULA para prestar el servicio bajo las cláusulas beneficiarias del Plan de Salud. El IPP-ULA se compromete a gestionar la emisión de una carta aval que garantice a la Clínica o Institución Médico Asistencial, el pago de aquella porción de los gastos que corresponda indemnizar de acuerdo a las condiciones establecidas por dicho Plan. Este documento debe garantizar ante los proveedores del servicio, previo convenio de costos con el IPP-ULA, el pago de los posibles gastos que se generen por los beneficiarios ante una acción médica programada, el compromiso del monto de este documento se realiza sobre la base de un presupuesto, que debe ser un estimado en más, de la acción médica programada, es decir, si existen ajustes en el monto compromiso, podría deducirse de los convenios de costo institucionales. Las insuficiencias en la cobertura de la indemnización de un acto médico o quirúrgico, fuera de lo considerado gastos justos y razonables y del baremo del IPP-ULA, correrá por cuenta del beneficiario titular; quien deberá cancelarlo directamente en la institución prestataria de los servicios de salud requeridos.

#### **10. CENTROS CLINICOS, HOSPITALES Y LABORATORIO:**

Institución pública o privada de salud que brinda los servicios de hospitalización, cirugía, maternidad, consultas, emergencias, laboratorio y tratamientos, que cumplan con los requisitos legalmente establecidos y debidamente autorizados por las normas venezolanas e internacionales, dependiendo del lugar geográfico de ocurrencia del siniestro, con respecto a las Instituciones de Salud.

#### **11. SERVICIO DE EMERGENCIA 24 HORAS Y CLAVES DE EMERGENCIA:**

Es un servicio ofertado para cubrir los problemas de salud de todos los beneficiarios de este Plan de Salud. Estos deberán ser atendidos las 24 horas los 365 días del año. En casos de emergencias, la clínica se comunica con un personal autorizado de IPP-ULA e inmediatamente se verifican los datos, para autorizar el ingreso mediante una clave de emergencia que representa un código alfanumérico posterior a la aprobación y el compromiso de asumir a un beneficiario que otorga la institución a través de un analistas de HCM del plan de salud. Este código de aprobación se genera del estudio sobre presupuesto, informes médicos y algunos estudios que hayan corroborado los diagnósticos de ingreso para autorizar el ingreso a una clínica afiliada, en señal de conformidad con el servicio médico asistencial requerido para el beneficio del plan y su cobertura.

#### **12. CLINICAS AFILIADAS O CONCERTADAS:**

Instituciones de atención médica que previo convenio de costos IPP-ULA, prestan su correspondiente servicio a nivel nacional a los beneficiarios de este Plan de Salud, a objeto de brindarle a todos los usuarios del mismo el acceso directo del servicio mediante claves de emergencia, carta aval o

atención ambulatoria. Por eso la importancia de utilizar el listado de clínicas suministradas por IPP-ULA, para eliminar el riesgo de pagos que cubren el monto de la cobertura por cualquier circunstancia o la negación del otorgamiento de cualquier beneficio del Plan por no afiliación.

### **13. COBERTURAS:**

Son las que se describen en el Plan de Salud como montos máximos a reconocer ante un siniestro de alguno de los beneficiarios inscritos en el Plan de Salud de IPP-ULA, de acuerdo a las especificaciones en los renglones de hospitalización, cirugía, maternidad y gastos ambulatorios y que pagará el IPP-ULA para compensar los gastos que se generen como consecuencias de la prestación de servicios médicos.

### **14. PÓLIZA:**

Es el elemento esencial que perfecciona y prueba el contrato de seguro. En IPP-ULA se encuentra normado por el Plan de Salud, en ésta se consignan los derechos y obligaciones de los contratantes, constituye un requisito esencial de nuestro derecho positivo para la formación y prueba del contrato de seguro (Empresas Contratantes y Contratadas).

### **15. CUADRO DE BENEFICIO:**

Representa un cuadro anexo donde se indica los datos particulares del Plan de Salud. En estos anexos se plasman: nombre del contratante y el asegurado, cobertura máximas por desglose de atención médica, hospitalización, cirugía y maternidad, gastos ambulatorios, monto de primas, formas de pago, inclusión de casos especiales, admisibilidad, vigencia del Plan de Salud, etc.

### **16. DEDUCIBLE:**

Cantidad que se establece en algunas pólizas como monto no indemnizable por el asegurador. El Consejo Directivo del IPP-ULA, sobre la base de la situación financiera de la Institución, podrá establecer en algún momento determinado, un monto en este Plan de Salud, es decir, que cada vez que ocurra un siniestro por caso año póliza, del monto total se restará una parte estipulada, o fracción porcentual.

### **17. EMERGENCIAS MÉDICAS:**

Cualquier cambio en el estado de “normalidad” del paciente, es subjetiva, y existe el tiempo suficiente de evaluar al paciente, es decir que requiere una atención médica rápida más no inmediata, por la molestia de un paciente, esta condición es catalogada más por paciente que por el médico.

### **18. IPP-ULA:**

El IPP-ULA es la Institución responsable de establecer las condiciones y beneficios contemplados en el Plan de Salud vigente, debidamente autorizada por su Consejo Directivo. El IPP-ULA administra, a través de su sistema de control, un programa educativo y la Oficina de Atención del Plan de Salud Especializada, para apoyar el procesamiento y manejo de los reclamos del Plan de Salud.

#### **19. EMPRESA CONTRATADA:**

Es la compañía de seguros o administradora de salud, si la hubiere, que se obliga a cumplir con las condiciones establecidas en el Plan de Salud vigente, aprobado por el Consejo Directivo del IPP-ULA. Esta EMPRESA CONTRATADA, a través de su sistema de atención en salud, es la responsable de la administración y manejo de los reclamos en base a la cláusula de gastos amparados siguiendo con los criterios de calidad y oportunidad.

#### **20. ENFERMEDAD:**

Es un trastorno morboso definido que puede afectar, total o parcialmente, al organismo o la psique de cualquiera de los beneficiarios del Plan de Salud. El estado de enfermedad es siempre reacción o respuesta a una situación causal. Cabe destacar que la ENFERMEDAD afecta la normalidad del individuo para realizar sus funciones habituales.

#### **21. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:**

Son todas aquellas enfermedades cuyo período de evolución se hayan iniciado antes de la fecha de inscripción al Plan de Salud, haya habido o no síntomas que manifestaran su existencia. También pudiera entenderse por tal, aquellas enfermedades cuyos síntomas y/o signos se han manifestado con anterioridad a la vigencia del Plan de Salud IPP-ULA, independientemente de que la persona: A). Haya tenido o no conocimiento del diagnóstico. B). Se haya sometido a un examen médico para obtener un diagnóstico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido. C). Padezca los síntomas y/o signos, los cuales sean aparentes a la vista o que no puedan pasar desapercibidos.

#### **22. ENFERMEDAD CONGENITA:**

Las enfermedades congénitas son aquellas que pueden ser detectadas o no al nacer y que no necesariamente están determinadas genéticamente, pero que en todo caso su presencia, tendencia o disposición se centra en el individuo al nacer. Su presentación dependerá entonces de factores ambientales durante la fecundación y el embarazo y en algunos casos por razones de orden genético. Lo importante es que el individuo nace con la alteración, sea ésta o no manifiesta.

#### **23. EXCLUSIONES:**

Se refiere a circunstancias especiales cuyas coberturas no son necesarias.

#### **24. GASTO MEDICO:**

Monto en dinero generado por la atención médica a un beneficiario inscrito en el Plan de Salud IPP-ULA en todos sus renglones, honorarios, costos fijos de atención de salud, medicinas, estudios paraclínicos, radiológicos, especializados, amparados por este plan.

#### **25. GASTOS AMPARADOS:**

Son los gastos médicos avalados por el plan de salud IPP-ULA, que se pueden generar de una atención médica a los beneficiarios de dicho plan. Estos pueden entenderse como las inclusiones de un contrato de seguro o administradora de salud.

**26. GASTOS JUSTOS Y RAZONALES:**

Es el promedio de los gastos usuales comunes y justos facturados en las diferentes clínicas o instituciones de salud por intervenciones o servicios médicos iguales o de similar complejidad. Se consideran gastos razonables el costo promedio calculado por la compañía de seguros y/o administradora de salud, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y de acuerdo a las condiciones del plan de salud que se encuentran amparados.

**27. HOSPITALIZACION:**

Es el ingreso de cualquiera de los beneficiarios inscritos en el plan de salud de IPP-ULA a una institución dispensadora de salud (hospital o clínica), por un término suficiente para generar el gasto completo del costo de ocupación y atención básica de una cama por 24 horas, esta puede derivarse de una emergencia, urgencia o una cirugía programada, siempre y cuando la causa de la misma se encuentre entre las cláusulas amparadas por el plan de salud IPP-ULA y no exceda la cobertura estipulada por el Plan de Salud.

**28. MEDICO:**

Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina bajo las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra ejerciendo dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente.

**29. PLAN DE SALUD:**

Es el conjunto de normas, condiciones y beneficios establecidos por IPP-ULA, que describen el alcance de los servicios de atención de salud, mediante su cláusula de GASTOS AMPARADOS y los MONTOS DE COBERTURAS a los cuales tienen derecho los beneficiarios (titular y/o su grupo familiar básico inscritos en el plan), tales como hospitalización, cirugía, maternidad y tratamientos ambulatorios.

**30. PLANILLA DE INSCRIPCION:**

Anexo donde se indican los datos particulares de los beneficiarios del Plan de Salud, del cual se es integrante, tales como: nombre, número de cédula, status y los nombres de los familiares a que tengan derecho de acuerdo a lo establecido en el Plan de Salud.

**31. POBLACION AFILIADA:**

Se refiere a todos los beneficiarios inscritos en el plan de salud del IPP-ULA.

**32. SINIESTRO:**

Es la materialización del riesgo, es decir cuando el riesgo se convierte en un hecho real y cierto. Equivale al momento en que se hace exigible la obligación del amparado/asegurado. Es cuando comienza la indemnización en el plan de salud IPP-ULA por ocurrencia de un daño físico por accidente o enfermedad a los beneficiarios inscritos en este plan y que se encuentre amparado por el

mismo y no excedan la cobertura estipulada por IPP-ULA, según su disponibilidad de recursos para el manejo de su Plan de Salud.

### **33. RECLAMO:**

Es la introducción de los recaudos establecidos para el reconocimiento de un siniestro de la que se derivó de los servicios médicos prestado a un beneficiario inscrito en el Plan de Salud IPP-ULA y que se encuentren bajo la cláusula de GASTO AMPARADO.

### **34. REEMBOLSO:**

Reintegro en suma de dinero, generado por la introducción de un reclamo. Es importante conocer que cuando existe una indemnización producto de un siniestro, que se encuentre amparado por este Plan de Salud IPP-ULA, el reembolso puede ser por el monto total del reclamo o parcial, bien sea por falta de recaudos, o por que exista desavenencias diagnóstico, tratamiento, o existan los recaudos con alteraciones que dejan duda de su fidelidad, o por una cláusula de deducible para cada siniestro.

### **35. TRATAMIENTO AMBULATORIO:**

Tratamientos de carácter médico o quirúrgico que para su atención no requiere de hospitalización. El mismo cubre la atención médica primaria, laboratorio, farmacia, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos y especializados.

### **36. URGENCIA MÉDICA:**

Condición que amenaza la vida de un paciente y en la que una acción rápida permite salvar la vida o evitar una insuficiencia orgánica irreparable, es objetiva, rara vez permite mas que una evaluación rápida.

### **37. VIGENCIA DEL PLAN DE SALUD:**

Es el período de duración del Plan, contado a partir de la fecha de comienzo del mismo hasta la fecha de finalización, establecido en la cláusula dos de este Plan de Salud.

### **CLAUSULA SEGUNDA: VIGENCIA DEL PLAN.**

A los efectos de la cláusula precedente, la vigencia del Plan de Salud será de un año, quedando entendido que en el momento del término de la relación entre el beneficiario-titular y el IPP-ULA, igualmente se extingue la vigencia del Plan de Salud para él y su grupo familiar básico.

### **CLAUSULA TERCERA: BENEFICIARIOS.**

Pueden inscribirse en este Plan de Salud.

1. **Beneficiario-Titular:** Cualquier persona que sea profesor, auxiliar docente o instructor de la Universidad de Los Andes con su grupo familiar básico, jubilado, pensionado o contratado.

2. **Cónyuge o Concubina del Beneficiario-Titular**, sin límite de edad, previa presentación en original de los documentos que demuestren el parentesco (acta de matrimonio o constancia de concubinato).

3. **Los hijos del Beneficiario-Titular:** legítimos, adoptivos, reconocidos, o que estén bajo la patria potestad del beneficiario titular, previa presentación en original de los documentos que demuestren el parentesco (partida de nacimiento, acta de adopción, acta de patria potestad). La cobertura del Plan de Salud se les hará extensiva hasta el día en que cumplan los 26 años de edad, salvo que el profesor compruebe la dependencia económica del hijo por estudios de educación superior (pregrado) o por incapacidad.

4. **Los padres del titular sin límite de edad:** previa presentación de la partida de nacimiento y copias respectivas de las cédulas de identidad.

5. **En caso de fallecimiento del beneficiario-titular:** Gozarán del presente Plan de Salud, aquellos beneficiarios inscritos antes del fallecimiento del mismo con la presentación de los recaudos correspondientes, siempre y cuando los familiares disfruten de la pensión de sobrevivencia, otorgada por la Universidad de los Andes, es decir; si para la fecha del fallecimiento del profesor, éste no contaba con las condiciones establecidas por la Universidad de Los Andes para dejar a sus familiares la pensión de sobrevivencia, se declara automáticamente la extinción del Plan de Salud para sus familiares inscritos (gozarán de las coberturas del presente plan, hasta el último día del mes, en el que se le realizó el último descuento de nómina al profesor-titular fallecido, para el pago de las primas de HCM del IPP-ULA)

6. **Quedan excluidos otros parentescos.**

Los beneficiarios deberán aparecer inscritos en el Plan de Salud con sus nombres, apellidos, fecha de nacimiento y cédula de identidad, si esta existiere para los menores de edad.

**Documentación requerida para la inscripción en el Plan de Salud:** Partida de nacimiento, cédula de identidad, carta de presentación, acta de matrimonio o constancia de concubinato, constancia de tutoría legal o de adopción expedida por un tribunal de menores, los documentos probatorios de constancia de estudio o cualquier otro documento probatorio de su condición de estudiante. Este último documento, así como el de soltería original y copia, deberán consignarse anualmente ante las oficinas de HCM del IPP –ULA, hasta el 31 de enero de cada año; dicho incumplimiento conllevará a su exclusión automática del Plan de Salud. En los casos de los hijos de edad escolar, se exigirá adicionalmente, copia de la constancia del Seguro Escolar.



#### **CLAUSULA CUARTA: FECHAS EFECTIVAS DE COBERTURAS Y PLAZOS DE ESPERA:**

El Plan de Salud será efectivo para cada Beneficiario-Titular y su grupo familiar básico, en particular, en cuanto a beneficios causados por accidentes y enfermedades se refiere, de inmediato a su inscripción, si la correspondiente solicitud fuese entregada a las oficinas de IPP-ULA de Mérida. Para los Núcleos de Táchira y Trujillo dentro de los treinta (30) días siguientes de su ingreso, o a la fecha de su incorporación como miembro del grupo de beneficiarios. El profesor que ingrese en condición de ordinario, tiene cobertura inmediata, (una vez inscrito en la APULA – IPP). Los profesores contratados y beneficiarios tienen los lapsos de espera establecidos en éste Plan. Los hijos que nazcan durante la vigencia de este Plan de Salud, estarán cubiertos desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando el Beneficiario-Titular confirme su inclusión dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de su nacimiento, caso contrario, pasados los treinta (30) días mencionados, se le aplicarán los plazos de espera establecidos en este Plan de Salud.

#### **Los siguientes casos, estarán sujetos a plazos de espera:**

1. En caso de accidente que amerite hospitalización o intervención quirúrgica, un (1) día.
2. En los casos de hernias inguinales, umbilicales, crurales, epigástricas que den lugar a hospitalización o intervenciones quirúrgicas programadas ocho (8) meses.
3. Enfermedades del aparato reproductivo que requieran intervención quirúrgica ocho (8) meses siempre y cuando no sean consecuencia de enfermedad de transmisión sexual (ya que las mismas no son amparadas por este Plan de Salud).
4. En los casos de cobertura por embarazo, parto o cesárea o sus complicaciones, diez (10) meses.
5. En los casos de aborto diez (10) meses.
6. En los casos de adenoides, amigdalitis, hemorroides, colecistopatías no complicadas, Ocho (8) meses.
7. Enfermedades preexistentes o intervenciones que de éstas se deriven tales como laminectomías, cura de varices grado III o IV, cura de sinusitis, queratomielesus mayor de 7 dioptrías, diabetes, hipertensión y muchas otras consideradas preexistentes al año póliza o vigencia del plan de salud, diez (10) meses.

#### **CLAUSULA QUINTA: BENEFICIOS.**

Los beneficiarios inscritos en el Plan de Salud IPP-ULA, tendrán derecho a ser atendidos en las instituciones médicas hasta por el monto de su Cobertura Básica y de la Cobertura Ampliada tomada por cada beneficiario-titular, sobre GASTOS JUSTOS Y RAZONABLES, o ser indemnizado vía

reembolso por aquellos gastos que haya tenido que efectuar dentro de los límites establecidos en el Plan de Salud, todo sobre GASTOS JUSTOS Y RAZONABLES. Es importante mencionar que los gastos efectuados por el beneficiario bien vía compromiso por IPP-ULA, o por éste directamente, para luego introducir un reclamo, deben guardar relación con el diagnóstico establecido. Cualquier gasto no relacionado o no amparado podrá no ser indemnizado por lo que es llamado compromiso sobre patología.

1. **Hospitalización:** Se pagará este beneficio cuando los beneficiarios inscritos en el Plan de Salud incurran en gastos por conceptos de habitación, siempre que haya sido indicada por un médico, que su causa sea justificada y no colida con las exclusiones de este Plan de Salud. Se incluye dentro de esta cobertura los gastos de acompañantes sin comida y la cama.

2. **Gastos Clínicos-Médicos:** Se entenderá por éstos todos aquellos en que hayan incurrido los beneficiarios inscritos en el Plan de Salud, para el restablecimiento de su salud, antes, durante y posterior a la hospitalización y/o intervención quirúrgica y que dichos gastos sean justos, razonables y asociados al diagnóstico establecido, a saber: anestesia, oxígeno, medicinas y materiales médico-quirúrgicos, transfusiones, dietética, retén para recién nacidos, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, paraclínicos, especializados etc.

3. **Honorarios Médicos:** Se pagará este beneficio por concepto de los honorarios de: Cirujano Principal o Médico Tratante, Primer Ayudante, Segundo Ayudante (cuando se amerite), Anestesiólogo, Instrumentista (aunque no es médico, se incluye en los honorarios usualmente), Interconsultas con especialistas (cuando se amerite). Todo ello actuando profesionalmente, dichos honorarios serán liquidados según el costo justo y razonable, previa consulta al médico del IPP-ULA, respetando los convenios de costos (baremos) y el comportamiento porcentual de los honorarios profesionales, si no se justifican los ajustes propuestos por el IPP-ULA. Si se efectuasen dos o más intervenciones quirúrgicas por una sola vía, se indemnizará como máximo el 100% del gasto de la intervención más costosa y el 30% de la segunda y si existiera una tercera un 10%. Si se efectuasen dos o más intervenciones quirúrgicas por distintas vías, se indemnizará con un 100% la más costosa, con el 50% la segunda en costo y si existiera una tercera con un 20%. Si una operación se efectuase mediante intervenciones repetidas en varios tiempos, durante el año vigencia del Plan de Salud, éstas serán consideradas como una sola, por la extinción de caso.

4. **Maternidad:** Se pagará este beneficio por los gastos en que incurra la Titular o la cónyuge del Titular masculino, a causa del embarazo, parto o cesárea o sus complicaciones. Los límites de indemnización por este concepto se establecen en base a la Cobertura de Beneficios. Es importante establecer que la cobertura por cesárea corre por cirugía. La cobertura de maternidad para las hijas

solteras, menores de 26 años será amparada solo por la cobertura del HCM Básico correspondiente, según lo establecido en el art. 76 del Acta Convenio.

**5. Tratamiento Médico Ambulatorio de emergencia:** Se pagará este beneficio por los gastos en que incurra el Beneficiario-Titular o cualquiera de los miembros de su grupo familiar básico, inscritos en el plan de salud IPP-ULA hasta por los montos de su cobertura, para una atención médica de emergencia, básica o especializada de carácter ambulatorio, donde no se requiera hospitalización, siempre y cuando presente una sintomatología o enfermedad diagnosticada y amparada por el plan de IPP-ULA, incluyéndose en este concepto:

i. Consultas para la atención médica Primaria Básica: **que se manejen como emergencias** y requieran de observación como: fiebre, cefaleas, migrañas, mialgias incapacitantes, artralgias incapacitantes, diarreas, vómitos, asma, alergias que puedan progresar y comprometer la vida del beneficiario inscrito en el plan de salud IPP-ULA.

ii. Consultas para la atención médica por Especialistas: Internistas, Traumatología, Neurología, Gastroenterología, Cardiología, Cirugía, Oftalmología, Neumonología, Pediatría, Urología, Otorrinolaringología, Reumatología, entre otras que requiera el paciente previo diagnóstico establecido y sustentado por la paraclínica, estudios radiológicos o especializados y biopsia según el caso.

iii. Exámenes de laboratorio, Imagenología y especializados, siempre y cuando sean necesarias, estén relacionadas al diagnóstico establecido, sustentado y amparado por el plan de salud IPP-ULA y de las condiciones anteriormente mencionadas.

iii.a. Laboratorio: Hematología completa, Colesterol, glicemia, creatinina, Urea, H.I.V, V.D.R.L., Orina, Heces, Perfil renal, Hepático, lipídico, pre-operatorio, de riesgo cardiovascular, Bacteriología, Glicemia, Test Toxoplasma, Mononucleosis, y Estudios especiales entre otros.

iii.b. Imagenología: RX Simple, Estudios Radiológicos especiales, Urografía, Colecistografía, Tomografía, Resonancia Magnética, Ecografía, Gammagrafía ósea, mamografías (por patología verdadera no menopausia).

**PARAGRAFO UNICO:** LA COBERTURA DE ESTOS SERVICIOS AMBULATORIOS ESTARÁN SUJETAS A DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA Y A LOS CONVENIOS ESTABLECIDOS CON LAS CLÍNICAS AFILIADAS.

**CLAUSULA SEXTA: GASTOS AMPARADOS.**

Los gastos amparados por el presente Plan de Salud, son aquellos en los que incurra el Beneficiario-Titular y su grupo familiar básico inscrito a consecuencia de las contingencias médicas previstas en

este Plan de Salud y de acuerdo a los límites máximos establecidos en el Plan de Salud, previa valoración y aprobación por parte del Departamento Médico del IPP-ULA. Dichos gastos deberán ser justos, razonables y acumulables por año-caso por beneficiario.

**Los conceptos amparados son los siguientes:**

1. Habitación y dieta alimentaria del paciente.
2. Servicio de enfermería
3. Gastos administrativos
4. Historia clínica
5. Médico residente. (podrá ampararse Médico Internista de guardia, solo para pacientes sometidos intervenciones quirúrgicas)
6. Exámenes y valoraciones preoperatorias.
7. Gastos de alojamiento del acompañante sin incluir dieta.
8. Servicios especiales derivados de su hospitalización, tales como: quirófano, sala de recuperación, anestesia, oxígeno, transfusiones.
9. Medicinas y materiales médico quirúrgicos recomendados por el médico tratante mediante récipes y diagnósticos establecidos y sustentados, debidamente identificados con los datos del paciente y del médico tratante.
10. Estudios radiológicos, de laboratorio, electrocardiogramas, ultrasonidos y del metabolismo avalados sobre diagnósticos establecidos y sustentados y que guarden correlación.
11. Terapia intensiva y terapias derivadas de accidentes o intervenciones quirúrgicas amparadas en el Plan de Salud IPP-ULA.
12. Honorarios profesionales del médico tratante, primer ayudante (40%), segundo ayudante (20%), anestesiólogo (35%), instrumentista (14%) y circulante (7%), siempre y cuando sean justos, razonables y mantengan la correlación porcentual del total de honorarios para intervenciones, ajustados al baremo del IPP-ULA.
13. Gastos de hospitalización generados por la atención médica bajo diagnósticos establecidos, sustentados, no excluidos en el Plan de Salud IPP-ULA.
14. Maternidad (sólo para la titular femenina o la cónyuge del titular masculino), en el caso del básico y P.C.A; y en el caso exclusivo del básico la cobertura que le corresponde a las hijas menores solteras, menores de 26 años, de acuerdo a lo establecido en el art. 76 del Acta Convenio.
15. Se reconoce primer ayudante para el parto.
16. Retén y pediatra al momento del nacimiento.
17. Queratomielesus para defectos optométricos mayores de 7 dioptrías.
18. Tratamientos post-operatorios/post-emergencias ambulatorias, hasta 15 días de tratamiento.

## **CLAUSULA SEPTIMA: EXCLUSIONES (GASTOS NO CUBIERTOS).**

No habrá derecho a las prestaciones contempladas en el presente Plan de Salud en los casos de:

1. Exámenes con fines de diagnóstico o chequeos médicos generales.
2. Daños y lesiones sufridos en servicio militar o naval.
3. Participación en actos delictivos, atentar contra la vida o la propiedad.
4. Enfermedades y tratamientos dentales, periodontológicos y tratamientos quirúrgicos de distonias miofaciales por mal posición dentaría y/o anomalías del crecimiento de maxilares.
5. Controles ginecológicos. Enfermedades consideradas de transmisión sexual.
6. Defectos optométricos y anteojos, vicios de refracción salvo los que requieran intervenciones quirúrgicas por la gravedad de la afección, mas no cosmética, previa revisión del departamento médico IPP-ULA .
7. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, **salvo en los casos de cirugía oncológica** y accidentes; ortopédica correctiva (**salvo las congénitas**), tratamientos dermatológicos, manchas, acné, cicatrices, dermatitis, queratitis, alopecia no universal, entre otras.
8. Cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco de primer grado de consanguinidad con cualquier persona del grupo familiar afiliado.
9. Enfermeras privadas para el cuidado del paciente fuera de un centro hospitalario (vía de excepción la Gerencia General del IPP –ULA, podrá aprobar este beneficio a enfermos en etapa terminal, hasta por tres (03) meses, sobre gastos justos y razonables).
10. Uso de centros geriátricos, como mecanismos alternos de hospitalización de pacientes ancianos o no, afectados por cronismos y/o enfermedades degenerativas.
11. Escuelas para niños excepcionales, terapias de lenguaje, problemas de aprendizaje.
12. Enfermedades venéreas y las generadas por transmisión sexual.
13. Mamoplastía reductora cuando no haya patología en mama sustentada por estudios, según criterio médico.
14. Maternidad para hijas y madres del titular en el PCA.
15. Equipos especiales, entre ellos los de ortodoncia.
16. Compra de aparatos o equipos especializados, salvo los contemplados en los gastos amparados.
17. Segundo ayudante en una cesárea.
18. Tratamiento fisioterapéutico, salvo los ocurridos por diagnósticos amparados por el Plan de Salud.
19. Vacunas por control de niños sanos.
20. Tratamientos o intervenciones por cambio de sexo, así como los tratamientos con anticonceptivos y sus consecuencias, impotencia, frigidez y las consecuencias que deriven de estos.
21. Tratamiento de acupuntura, medicina naturista, medicina alternativa y otros no aceptados por la Federación Médica Venezolana, así como vitaminas, suplementos alimentarios, etc.

22. Cualquier tipo de tratamiento por uso de alcohol, drogas y/o estupefacientes.
23. Terapia de reemplazo hormonal por menopausia, osteoporosis.
24. Gastos ambulatorios con estudios que no arrojen diagnóstico pues se considerarán como chequeo médico.
25. Tratamientos de trastornos funcionales de la conducta (neurosis, depresión, angustia, psicosis), deficiencias mentales.
26. Tratamientos no avalados por la FDA, por desconocimientos de efectos secundarios, secuelas y responsabilidades profesionales.
27. Varices en miembros inferiores grado I y II por considerarse cosméticas, y los demás grados deben ser corroboradas por Eco-doppler en miembros inferiores y avalados por el Dpto. Médico del IPP.
28. Cirugías consideradas como “electivas”, realizadas en instituciones que no posean convenio con el IPP-ULA, sin la debida autorización previa del coordinador del HCM del IPP-ULA.

#### **CLAUSULA OCTAVA: SELECCION DE MEDICOS Y EXTENSION GEOGRÁFICA.**

El Beneficiario-Titular podrá asistir a la clínica u hospital, médicos y cirujanos que le puedan prestar los servicios requeridos para su hospitalización, intervención quirúrgica ambulatoria o no, o para la atención obstétrica, siendo requisito indispensable para la aceptación del reclamo en el entendido de que los gastos serán reconocidos con base a los baremos aprobados. Es requisito indispensable para la aceptación del reclamo, es que dichos centros médico-hospitalarios y médicos estén legalmente autorizados. Los beneficios del presente Plan de Salud tienen validez en cualquier parte del mundo, los comprobantes requeridos para procesar el pago deberán estar legalizados por el Consulado Venezolano ubicado en el país de origen de la intervención médica, o atención médica siempre y cuando dicha reclamación no supere la cantidad de la cobertura. La cancelación será efectuada al afiliado en moneda de curso legal en Venezuela y a la tasa de cambio oficial, vigente para el momento del tratamiento médico. Los gastos necesarios para estos trámites serán asumidos por el beneficiario.

#### **CLAUSULA NOVENA: REEMBOLSOS**

El afiliado al Plan de Salud tendrá derecho a recibir la atención médica y efectuar sus reclamaciones correspondientes, siempre y cuando la misma sea prestada en el centro clínico afiliado o cuente con la aprobación respectiva de IPP-ULA.

##### **1. MODALIDADES DEL SERVICIO MEDICO:**

- a. Gastos Clínicos-Médicos (Reembolsos).
- b. Atención Médica (Hospitalización, Cirugía y Maternidad).
- c. Tratamientos Ambulatorios, siempre y cuando arrojen diagnósticos, sobre la base del reembolso.

2. PROCESO DE RECLAMACIÓN: Para obtener la indemnización que pueda proceder según el presente Plan de Salud, el Beneficiario-Titular deberá formular la reclamación por escrito en los formularios diseñados para tal fin, acompañado de los recaudos originales, dentro de los Treinta (30) días continuos a la fecha de terminación de la hospitalización o intervención quirúrgica o tratamiento médico. Si no hiciera la reclamación en el lapso indicado, el Beneficiario-Titular perderá el derecho a la indemnización del reclamo. El Comité Ejecutivo del IPP-ULA evaluará la situación cuando el reclamo exceda los límites en días de caducidad.

3. DOCUMENTOS DE SOPORTE DEL REEMBOLSO. Las indemnizaciones según el presente Plan de Salud se pagarán con base a las certificaciones médicas, informaciones de instituciones hospitalarias legalmente autorizadas, facturas y recibos, todos originales, concernientes a servicios expresamente cubiertos por el Plan de Salud y dispensados al Beneficiario-Titular o a las personas de su grupo inscritas en el mismo. El Beneficiario-Titular está obligado en cualquier tiempo, a entregar en las oficinas del IPP-ULA, todos los recibos y facturas originales numeradas y membreteados con el N° de RIF, radiografías, resultados de exámenes, documentos justificativos, actas y cualquier otra documentación que el IPP-ULA considere necesario exigirles con relación a la reclamación.

4. EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN. Al inscribirse en el presente Plan de Salud, el Beneficiario-Titular se obliga y así lo acepta, a certificar la exactitud de sus reclamaciones, así como de las circunstancias y cuestionarios contenidos en el formulario de reclamación si los hubiere, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal, así como autorizar a cuantos médicos le atendieren, a proporcionar al IPP-ULA cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación.

El incumplimiento por parte del Beneficiario-Titular y/o sus familiares de lo dispuesto en la presente cláusula, o la presentación de documentos falsos con información dolosa, será motivo suficiente para quedar privado de todo derecho de cancelación de los gastos ocasionados y amparados por el Plan de Salud y ser desincorporado como miembro elegible del mismo.

#### **CLAUSULA DECIMA: PAGO DE GASTOS REEMBOLSABLES.**

Aquellos gastos médicos cancelados directamente por el afiliado, sujetos a su pago por la vía de reembolso, recibirán el siguiente tratamiento:

1. Los honorarios médicos serán reembolsados contra la presentación de facturas originales debidamente identificadas con el nombre del médico, su especialidad, N° de RIF, N° de registro en M.P.P.S. N° de colegiatura, e indicación del servicio médico efectuado.

2. Los suministros y material médico quirúrgico, debidamente prescritas por el médico autorizado, y por tanto, necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo, deben ser adquiridas en un establecimiento debidamente autorizado.
3. Las facturas de exámenes de laboratorio, radiografías, etc., deberán presentarse con la orden médica y sus correspondientes resultados.
4. En el caso de los tratamientos, hospitalizaciones o cirugías en forma electiva, si el Beneficiario-Titular estima que su nivel de gastos va a ser superior al monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios, deberá notificarlo previamente a IPP-ULA. Si lo hace a posteriori, ello puede dar lugar al rechazo de la reclamación.
5. Para los casos de emergencia en centros médicos no concertados, en los cuales no puede haber notificación previa, el asegurado está obligado a notificarlo a IPP-ULA dentro de las 24 horas siguientes. Si no lo hace, puede dar lugar al rechazo de la reclamación.
6. El pago de las indemnizaciones aquí previstas se efectuará únicamente al Beneficiario-Titular en un lapso no mayor de sesenta (60) días continuos (siempre que exista disponibilidad presupuestaria) Si el Beneficiario-Titular hubiese fallecido antes del pago, este se efectuará a la persona designada por él o a sus herederos legales. **El monto mínimo para efectuar el reclamo es de 3 UT.**

#### **CLAUSULA DECIMAPRIMERA. MODIFICACIONES:**

Toda modificación, alteración o adición al condicionado del presente Plan de Salud será resuelta por el Comité Ejecutivo del IPP y aprobado por el Consejo Directivo del IPP-ULA.

#### **CLAUSULA DECIMASEGUNDA: AJUSTES EN LOS APORTES.**

Tanto el IPP-ULA como sus afiliados asumen que el Plan de Salud debe autofinanciarse con los aportes autorizados por el Consejo Directivo del IPP. De presentarse una variación entre los gastos incurridos por la prestación del servicio y los aportes recaudados, deberá generarse un ajuste anual en dichos aportes, a los fines de mantener el equilibrio entre dichos elementos (gastos y aportes) y permitir el autofinanciamiento mencionado, a cuyos efectos se realizarán las revisiones y cálculos actuariales correspondientes.

#### **CLAUSULA DECIMATERCERA. CANCELACION O RETIRO DE LA AFILIACION:**

Queda entendido y aceptado por el Beneficiario-Titular, que en caso de salir al mercado algún servicio de salud o póliza que mantenga o mejore las características del presente Plan de Salud y sea considerado conveniente a los intereses del IPP-ULA, ésta podrá optar por dejar la autogestión del presente Plan e implantar aquél que más le convenga a sus beneficiarios. Los beneficiarios que decidan retirarse del Plan de Salud, solo podrán afiliarse nuevamente al mismo, después de haber



cumplido con un (1) año de su retiro, debiendo para ese momento cumplir con los Plazos de Espera establecidos en el presente Plan.

#### **CLAUSULA DECIMACUARTA: CONTRATACIÓN CON OTRAS EMPRESAS DE SEGUROS.**

El Beneficiario se obliga a comunicar al IPP-ULA la existencia o contratación de cualquier seguro de hospitalización y/o beneficios quirúrgicos con terceros (administradoras o compañías de seguros, tanto nacionales como internacionales). DEBE INCLUIRSE EN LA INFORMACIÓN EL MONTO DEL DEDUCIBLE.

#### **CLAUSULA DECIMAQUINTA. EXCLUSIÓN O EXTINCIÓN DEL PLAN DE SALUD, CAUSALES.**

Serán causales de exclusión del plan de salud las siguientes:

1. Fallecimiento del Titular.
2. Retiro voluntario del titular.
3. Suministrar información falsa o fraudulenta a IPP-ULA.

LIMITES DE COBERTURA: El IPP-ULA cubrirá el 100% de los gastos amparados hasta un límite de Bs.F. 6.000,00, sobre GASTOS JUSTOS Y RAZONABLES, lo que se asumirá como Cobertura Básica, en los casos que los GASTOS MEDICOS AMPARADOS sean superiores a SEIS MIL BOLIVARES, esta oficina podrá autorizar el uso de los PLANES DE COBERTURA AMPLIADA que cada beneficiario adopte de acuerdo a su poder adquisitivo, para el manejo de urgencias médicas a sus afiliados, posterior a la revisión, por lo que se realizará la petición de todos los soportes que avalen el diagnóstico para poder servir de ayuda al trabajador en la negociación con la clínica y médicos tratantes, petición de por lo menos dos (2) presupuestos de clínicas con el mismo nivel de calidad, para poder disminuir al máximo la suma que corresponde pagar al beneficiario del Plan de Salud, si este excede el monto de la cobertura, esto con el fin de poder ayudar a más beneficiarios. Posterior al estudio del comportamiento de los siniestros, el IPP-ULA podrá ofertar a sus beneficiarios primas adicionales por grupo familiar para poder obtener PLANES DE EXCESOS que de manera más eficiente y eficaz cubran las necesidades de salud de sus afiliados.

#### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

**PRIMERA:** LA VIGENCIA DEL GRUPO COMPLEMENTARIO SEÑALADO EN LA NORMATIVA ANTERIORMENTE ESTABLECIDA EN EL IPP-ULA, SERÁ HASTA EL 31 DE ENERO DE 2013. A PARTIR DE DICHA FECHA, QUEDARÁN AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDOS DEL PLAN DE SALUD.

**SEGUNDA:** PARA LAS HIJAS MAYORES DE 26 AÑOS AFILIADAS ACTUALMENTE, QUE ESTEN EMBARAZADAS Y CUYOS TITULARES SE ENCUENTREN CANCELANDO LA RESPECTIVA PRIMA DE MATERNIDAD, SE DARA COBERTURA HASTA EL 31 DE AGOSTO DEL 2013.

**TERCERO:** QUEDAN DEROGADAS LA NORMATIVA ANTERIOR DEL HCM DEL IPP-ULA, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA RESOLUCIÓN QUE COLIDE CON EL PRESENTE PLAN DE SALUD.

DADO, FIRMADO, SELLADO Y REFRENDADO, EN REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO DEL IPP, POR DECISIÓN UNÁNIME, EN EL AUDITORIO DE LA ASOCIACIÓN DE PROFESORES DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, EN LA CIUDAD DE MÉRIDA, A LOS 16 DÍAS DEL MES DE ENERO DEL 2013.

**Luis Loaiza Rincón.**  
Presidente.

**Marylenlid Isla**  
Secretaria.