



PGR

PROCURADURÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA



**CONDICIONES ESPECIALES PARA LA PÓLIZA
DE GASTOS MÉDICOS PARA PERSONAL SUSTANTIVO
DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

Vigencia:

De las 00:00 hrs. del 01 de marzo de 2018 a
las 24:00 hrs. del 31 de diciembre de 2018

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL SUSTANTIVO

OBJETO

Prestar los servicios del Seguro de Gastos Médicos Mayores, para Personal Sustantivo, que forma parte del Tabulador de Sueldos Brutos y Netos del Personal de Categorías de la Procuraduría General de la República tales como: Delegados, Análisis y Control de Información Ministerial

Estratégica, Policía Federal Ministerial, Agente del Ministerio Público de la Federación, Peritos, Pilotos, Campaña contra el Narcotráfico y Seguridad a Funcionarios, que están expuestos a posibles eventualidades de innumerables siniestros desfavorables, que requieren de su atención inmediata.

El servicio, debe iniciar a partir del 1 de enero de 2018, en virtud de que la vigencia del servicio contratado actualmente vence el 31 de diciembre de 2017 y derivado de las funciones inherentes a las actividades de las y los trabajadores.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA DEL SERVICIO

DECLARACIONES

1.-CONTRATANTE

Procuraduría General de la República, contratante de la póliza, que en lo sucesivo se denominará como la **“PROCURADURÍA”**.

2.- ASEGURADORA.

MAPFRE México, S.A.

3.- PÓLIZA

Contrato de seguro celebrado entre la “PROCURADURÍA” y la “ASEGURADORA” que en lo sucesivo se le denominará como la Póliza.

4.- ASEGURADO

Es la persona que forma parte del grupo asegurado en esta póliza, con el carácter de titular a cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual o, la persona que para efectos del seguro se designa como su cónyuge, o concubina o concubinario, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, o hijos del asegurado hasta 25 años, y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años.

Los hijos se habilitan hasta los 25 años.

5.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la Póliza se iniciará a partir de las 00:00 horas del día 1 de enero de 2018 y terminará a las 24:00 horas del día 31 de diciembre de 2018.

6.- MONEDA

Las pólizas serán emitidas en Moneda Nacional, y para todos los efectos se utilizará la misma moneda.

7.- CLÁUSULA DE NO ADHESIÓN.

Las condiciones de la Póliza son convenidas libremente por la "PROCURADURÍA" y la "ASEGURADORA", no es un contrato de adhesión, no requiere ser registrada previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La póliza contiene las Condiciones Especiales, Condiciones Generales y Clausulado completo, por lo que substituyen a las Condiciones Generales de los Contratos de adhesión.

8.- PRELACIÓN

Las Condiciones y Cláusulas Especiales de la póliza, tendrán prelación sobre las Condiciones Generales, en todo aquello a que se opongan a la cobertura otorgada.

CONDICIONES ESPECIALES

I. DEFINICIONES

Accidente

Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad del asegurado, que produce lesiones corporales, que requiere atención médica inmediata o dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones de la póliza.

Apoyo económico adicional

Apoyo adicional a los Titulares que hayan agotado la suma básica y/o potenciada contratada previa autorización de la Dirección General de Recursos humanos y Organización, para su atención médica, en los casos que sean lesionados en cumplimiento de su deber, y que el servidor público afectado se encuentre en servicio activo, quedando excluidas las enfermedades o padecimientos. Solo aplica para accidentes o lesiones sufridas en cumplimiento del deber del titular.

Asegurado

Es la persona que por formar parte de la colectividad asegurada en este contrato, tiene el carácter de Titular si es a cuyo nombre se expide el correspondiente certificado individual o, si se trata de la persona que para efectos del seguro se designa como su cónyuge, o concubina o concubinario, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, o hijos del asegurado hasta 25 años, y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, que éste determine proteger.

Aseguradora

MAPFRE México, S.A.

Causa del siniestro

Motivo que originó el siniestro derivado de un accidente o enfermedad.

Caso fortuito o de fuerza mayor

Aquellos hechos o acontecimientos ajenos a la voluntad de cualquiera de las partes, siempre y cuando no se haya dado causa, o contribución a ellos.

Certificado individual

Es el documento que emite la Aseguradora para cada asegurado, que contiene los siguientes datos: Nombre del asegurado, suma asegurada básica y potenciada para titular y dependientes, El certificado deberá incluir la siguiente leyenda: “Los términos y condiciones del seguro se encuentran establecidas en las Condiciones de la póliza contratada por la PGR”.

Colectividad de la Póliza / Colectividad Asegurada

Los puestos y niveles a que hace referencia, tienen asignadas diferentes sumas aseguradas dependiendo del nivel del Titular, y será el mismo para sus beneficiarios incorporados, es decir que la prestación otorgada a los servidores públicos respectivos por la PGR, se refiere a la suma asegurada del plan básico. (El pago de prima correspondiente a los asegurados titulares, cónyuge o concubina (rio), pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años (estará a cargo de la PGR.); en el entendido que la inclusión de ascendientes (padre y/o madre, hasta 85 años) y potenciación será con cargo al titular.

La base inicial para gastos médicos mayores para personal sustantivo es de 33,487 de acuerdo a la base de datos proporcionada en Compranet. Siendo personal sustantivo así como su cónyuge, o concubina o concubinario, o la pareja del mismo sexo, reconocida por la legislación aplicable, o hijos dependientes económicos hasta 25 años.

Respecto a los ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, se solicitarán posterior al inicio de vigencia.

Los hijos se habilitan hasta los 25 años.

Consentimiento individual

Formato en el que los asegurados Titulares realicen el registro de sus datos personales y los de sus dependientes asegurados.

Centros de atención

Instalaciones de la Aseguradora en la Ciudad de México y en las distintas entidades federativas de la República Mexicana, a través de las cuales se da atención a los asegurados, y respuesta a las reclamaciones de siniestros y asesoría u orientación.

Coaseguro

Porcentaje con el que participa el asegurado en cada reclamación, que se aplica al monto total de gastos cubiertos, una vez descontado el deducible, de acuerdo a las condiciones establecidas; para Titulares, en caso de que el accidente ocurra en cumplimiento del deber, se omitirá el cobro del mismo.

Contratante	Procuraduría General de la República (PGR).
Contrato / Póliza	Instrumento jurídico a través del cual la Aseguradora se obliga mediante una prima a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad aquí prevista.
Cobertura básica	En virtud de la suma asegurada que como prestación otorga la PGR a cada titular que incluye al cónyuge por matrimonio, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo e hijos del asegurado menores de 25 años.
Cuarto privado estándar	Cuarto de hospital privado estándar, con teléfono, televisión y baño.
Deducible	Cantidad a cargo del asegurado, que se debe pagar en cada evento de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo a las condiciones establecidas. En los accidentes que sufran los titulares en cumplimiento del deber, no habrá deducible.
Emergencia o Urgencia médica	Enfermedad o accidente cubierto por la póliza, que pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, que requiere el ingreso al área de urgencias de un hospital. Estos gastos serán cubiertos mediante pago directo por la Aseguradora, si el asegurado permanece por lo menos 24 horas hospitalizado, y siempre y cuando se trate de hospital y médicos de red. Esta cobertura aplica en territorio nacional y en caso de siniestro en el extranjero, exclusivamente para titulares que cuenten con oficio de comisión.
Enfermedad congénita	Es aquella que se produce durante el período de gestación y que se manifiesta desde el nacimiento o en cualquier etapa de la vida.
Enfermedad cubierta	Es toda alteración en la salud del asegurado debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico y se encuentre amparada en los términos de las Condiciones Especiales y Generales de la póliza.

Evento de enfermedad cubierta y/o evento de accidente cubierto

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por la presente póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad. Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

Fecha de antigüedad

La fecha a partir de la cual el asegurado cuenta con la protección de una póliza de gastos médicos, en forma individual o colectiva, con cualquier Aseguradora y servirá para reducir o eliminar periodos de espera, siempre y cuando la protección haya sido continua e ininterrumpida. Ésta fecha se expresará en la tarjeta de identificación y en el certificado individual.

Fecha de ingreso al grupo asegurado.

Es la fecha en que ingresó el asegurado a esta póliza.

Gasto Usual Acostumbrado

Monto convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios médicos hospitalarios y la Aseguradora, en consideración a la naturaleza y calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización. El monto máximo de los Gastos Médicos cubiertos por la presente póliza no podrá exceder, para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros). El monto para prestadores de servicios fuera de la red, será el mismo al que la Aseguradora tenga Convenio de Pago Directo, que corresponda a servicios de la misma especialidad o categoría.

Gasto médico

Es cualquier erogación que se realiza para la atención y/o tratamiento de un accidente y/o enfermedad cubiertos por la presente póliza.

Gasto Médico Mayor

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por la presente póliza, y que rebasan el deducible contratado.

Honorarios médicos

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que preste al asegurado, y que participa de manera activa y directa en su recuperación y/o atención.

Hospital	Institución legalmente autorizada para la atención médica y/o quirúrgica de enfermos y accidentados.
Hospitalización	Es la estancia continua en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el asegurado ingrese como paciente interno.
Kit	Es el Certificado individual, tarjetas de identificación por asegurado, formatos para reclamar algún siniestro, condiciones generales de la póliza, red de hospitales y Centros de Atención de la Aseguradora en toda la República Mexicana, durante la vigencia.
Ley	La ley (del latín lex, legis) es una norma jurídica dictada por el poder legislativo. Es decir, es un precepto establecido por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia. Su incumplimiento trae aparejada una sanción.
Médico coordinador	Médico contratado en el interior de la República Mexicana, por la Aseguradora que se encargará de apoyar y asesorar a los asegurados que necesiten utilizar el servicio.
Moneda	Las pólizas serán emitidas en Moneda Nacional, y para todos los efectos se utilizará la misma moneda.
Módulo y/o oficinas de atención	Instalación externa de la Aseguradora donde atiende las reclamaciones de siniestros, asesorías y orientación a los asegurados.
Oficinas	Instalaciones de la Aseguradora en las distintas entidades federativas de la República Mexicana, a través de las cuales las reclamaciones de siniestros, asesorías y orientación a los asegurados serán atendidas.
Pago de complementos y/o cola de siniestros	Quedarán cubiertos los gastos médicos que se eroguen durante la vigencia de esta póliza, por enfermedades y/o accidentes iniciados en las vigencias anteriores en la(s) póliza(s)

contratada(s) del Seguro de Gastos Médicos Mayores por “LA CONTRATANTE” con otras aseguradoras, bajo las siguientes condiciones:

1. Los gastos médicos que se eroguen, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y/o enfermedad amparada y tratada, en las pólizas de las vigencias anteriores y exista suma asegurada remanente de acuerdo a la información proporcionada en la siniestralidad.
2. Los gastos médicos que se eroguen quedarán cubiertos bajo las condiciones vigentes en la fecha en que se efectúe el primer gasto bajo las condiciones de la presente póliza y hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero.
3. Para los efectos de este beneficio será necesario que la vigencia del seguro no haya sido interrumpida ni en las aseguradoras anteriores, ni en el cambio con “LA ASEGURADORA”.
4. Las enfermedades o accidentes en caso de ser reconocidos, no serán considerados como Padecimientos Preexistentes.
5. Los gastos serán acumulativos a partir del primer reclamo, siempre y cuando se respete la suma asegurada básica y/o potenciada.

Para el pago de complementos deberá entregarse carta remanente de siniestralidad de la aseguradora y/o correo del área técnica de la subdirección de seguros de PGR.

Los gastos serán acumulativos a partir del primer reclamo, siempre y cuando se respete la suma asegurada básica y/o potenciada. La suma asegurada potenciada, estará sujeta al momento en que ocurrió el siniestro, así como al nivel contratado por el titular y solo aplicará para padecimientos originados posterior a su contratación, la aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña.

Pago directo
Pago mixto

Sistema de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará directamente al prestador de servicios, los gastos realizados por el asegurado, como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la póliza. Para efecto del pago directo, se requiere ser atendido en la Red Médica; que los servicios respectivos sean coordinados a través de la Aseguradora. (El pago directo aplica para Red Médica propia, Red de Hospitales en convenio y Red de Médicos en convenio).

Sistema de pago mediante el cual la Aseguradora liquidará al asegurado los gastos erogados como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la presente contratación del servicio, mediante los Sistemas de Pago Directo y Reembolso.

Padecimientos
preexistentes

a) Para el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario y pareja del mismo sexo, e hijo dependiente económico, se cubrirán siempre y cuando en un período de seis meses anteriores a la fecha de su ingreso a la colectividad asegurada, no haya estado bajo tratamiento, control o estudio médico.

b) Para el asegurado ascendiente del asegurado titular, se cubrirán siempre y cuando su tratamiento médico o quirúrgico por una enfermedad, inicie después del primer año de cobertura continua al momento de ingresar a la colectividad asegurada, o, en su caso, alcance dicha antigüedad sumando el tiempo en que haya estado protegido en una póliza individual o en otro certificado individual de otro contrato o póliza colectiva o de grupo de Gastos Médicos Mayores contratada con alguna Aseguradora. El periodo de espera se podrá eliminar con el reconocimiento de antigüedad.

c) Los padecimientos preexistentes se cubrirán únicamente dentro de la República Mexicana.

d) La Aseguradora sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente en los casos que no cumplan con lo previsto en los incisos a) y b) anteriormente descritos, cuando cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

Previamente al ingreso a la colectividad asegurada, se haya declarado al asegurado la existencia de un padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diag-

nóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

Período de gracia

Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir del inicio de vigencia la presente contratación del servicio, o del recibo con que cuenta la PGR para pagar la prima o cada una de las fracciones pactadas en la presente contratación del servicio.

Prelación

Las Condiciones y Cláusulas Especiales de la póliza, tendrán prelación sobre las Condiciones Generales, en todo aquello a que se opongán a la cobertura otorgada.

PGR

Procuraduría General de la República

Prima

Costo que establecerá la Aseguradora por cubrir el riesgo descrito en la presente póliza.

Número de Póliza

Número con el que la Aseguradora asignará a la póliza.

NSA

Nivel de Suma Asegurada (básica y/o potenciada)

Red médica

Es el conjunto de prestadores de servicios médicos (farmacias, laboratorios, ambulancias, estudios de gabinete, oxígeno, medicina física y rehabilitación, aparatos ortopédicos, entre otros) con los que deberá tener convenio la Aseguradora.

Red de hospitales

La red de hospitales en territorio nacional que tengan convenio con la Aseguradora, que deberá cumplir conforme a la Ley General de Salud con las normas técnicas en materia de atención médica que prevé dicho ordenamiento, el cual considera específicamente las condiciones sanitarias y administrativas debidas.

Red de médicos

La red de médicos especializados que tengan convenio con

la Aseguradora que proporcionará el servicio en territorio nacional.

Reembolso

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubierto por la presente contratación del servicio, liquidados por el asegurado directamente al prestador de servicios por los gastos incurridos por el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo e hijo(s) menores de 25 años y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años o con quien la Aseguradora no tenga convenio de pago directo, y que posteriormente, ésta reintegrará los que procedan en los términos de la presente contratación del servicio, al propio asegurado, descontando el deducible y coaseguro en caso que proceda. (ver tabla de deducibles y coaseguros)

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por este contrato, no podrá exceder del estipulado entre la Aseguradora y los médicos, hospital-es, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete de la Red Médica, para servicios de la misma especialidad o categoría.

Los gastos reclamados por reembolso, no podrán ser ajustados al costo promedio y/o costo convenido por la aseguradora, para cada siniestro, la aseguradora deberá pagar de acuerdo a los trámites de reembolso solicitado de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

Suma Asegurada Básica

Es la cantidad máxima de responsabilidad que tiene la Aseguradora por cada asegurado a consecuencia de cada enfermedad y/o accidente cubierto.

Suma Asegurada Potenciada (Potenciación)

Es la responsabilidad de pago que tiene la Aseguradora en virtud del incremento de suma asegurada elegida por el asegurado titular para sus dependientes y ascendientes, cuya prima será cubierta por él, a través de descuento quincenal en nómina, con recibo de primas individual.

La convocante será la responsable de recolectar la prima de los ascendientes y potenciaciones y entregarla a la aseguradora adjudicada. En aquellos casos en los cuales a los trabajadores no se les pueda aplicar el descuento a través de nómina por razones ajenas a la institución, la aseguradora contratada para otorgar el servicio, tendrá que entregar, pre-

via solicitud por escrito del trabajador y/o notificación por correo del área de seguros, la referencia de pago y banco, para que el trabajador pueda realizar sus aportaciones. La aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña.

La aseguradora no deberá aplicar requisitos de asegurabilidad.

Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.)

Relación de intervenciones quirúrgicas que indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado. El monto dependerá del procedimiento quirúrgico y en su caso, del lugar (zona geográfica) donde se realice, para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas.

Tarjeta de identificación

Tarjeta de cada asegurado (Titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) y ascendientes (padre y/o madre), expedida por la Aseguradora en la fecha de alta al seguro con al menos los siguientes datos: nombre del asegurado, inicio de vigencia, fecha de antigüedad, suma asegurada, deducible, coaseguro, número de póliza, fecha de ingreso a la colectividad asegurada. Al reverso de la tarjeta deberán incluir los teléfonos de atención del servicio. El no contar con este documento, no implica que no esté dentro de la colectividad.

Titular

Es el servidor público sustantivo en activo

UMA

La desvinculación o desindexación del salario mínimo como unidad de cálculo o referencia obliga a crear una unidad de cálculo o unidad de referencia, a este nuevo concepto ha sido llamado Unidad de Medida y Actualización (UMA).

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

Se debe considerar el valor UMA diario de 2018.

Se deberá tomar el valor 2018.

El valor mensual de la UMA se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces y su valor anual se calcula multiplicando su valor mensual por 12.

VALOR DIARIO	X	MENSUAL	ANUAL
\$75.49	30.4	\$2,294.90	\$27,538.80

*Para efectos de cada código de puesto-nivel que tengan los servidores públicos las unidades de Medida serán los niveles de suma asegurada descritos en el presente anexo técnico.

Ejemplo:

VALOR MENSUAL (NSA)	NIVEL DE SUMA ASEGURADA BÁSICA (NSA)	SUMA ASEGURADA MENSUAL*
\$2,294.90	222	\$509,409.67

El valor que corresponderá es el que emite INEGI para el Ejercicio Fiscal correspondiente de la contratación.

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/uma/default.aspx>

CLÁUSULAS

PRIMERA.- COLECTIVIDAD ASEGURADA

La colectividad asegurada está integrada por:

a) Los servidores públicos que ocupen cualquiera de los puestos siempre y cuando estén vigentes dentro de la PGR. En caso de que la PGR por necesidades del servicio llevara a cabo reestructura organizacional y se crearán, transformarán, eliminarán o modificarán los puestos descritos en la siguiente tabla, los niveles de suma asegurada básica serán homologados tomando en consideración el sueldo bruto mensual del tabulador de sueldos vigente a fin de determinar su equivalencia en UMA.

CÓDIGO DE PUESTO	DESCRIPCIÓN DE PUESTO	SUMA ASEGURADA BÁSICA GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL SUSTANTIVO
CF14032	DELEGADO REGIONAL	185
CF14061	SUBDELEGADO DE APOYO	185
CF14076	SUBDELEGADO SUSTANTIVO	185
CF14077	SUBDELEGADO DE APOYO	148
CF23801	JEFE DE GRUPO DE ACIME	185
CF23802	SUBJEFE DE GRUPO DE ACIME	148
CF23803	ANALISTA DE ACIME	111
CF24803	INSPECTOR GENERAL	148
CF24804	COMISARIO JEFE	148
CF24805	COMISARIO JEFE	185
CF24806	INSPECTOR JEFE	148
CF24807	INSPECTOR	148
CF24808	AGENTE FEDERAL DE INVESTIGACIÓN "A"	148
CF24809	AGENTE FEDERAL DE INVESTIGACIÓN "B"	111
CF24810	AGENTE FEDERAL DE INVESTIGACIÓN "C"	74
CF24811	INVESTIGADOR DE DELITOS FEDERALES	111
CF24830	SUBINSPECTOR	111
CF24831	OFICIAL	111
CF24832	SUBOFICIAL	74
CF54001	JEFE DE AGENTES DE SEGURIDAD	185

CÓDIGO DE PUESTO	DESCRIPCIÓN DE PUESTO	SUMA ASEGURADA BÁSICA GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL SUSTANTIVO
CF54002	SUBJEFE DE AGENTES DE SEGURIDAD	148
CF54003	AGENTE DE SEGURIDAD "A"	148
CF54004	AGENTE DE SEGURIDAD "B"	148
CF54005	AGENTE DE SEGURIDAD "C"	148
CF37023	VISITADOR "A"	185
CF37024	VISITADOR "B"	148
CF37025	OFICIAL MINISTERIAL " C "	74
CF37026	OFICIAL MINISTERIAL " B "	74
CF37027	OFICIAL MINISTERIAL " A "	111
CF37001	FISCAL JEFE ESPECIALIZADO	222
CF37002	FISCAL JEFE MIXTO	222
CF37003	FISCAL COORDINADOR ESPECIALIZADO	185
CF37004	FISCAL COORDINADOR MIXTO	185
CF37005	FISCAL SUPERVISOR ESPECIALIZADO	185
CF37006	FISCAL SUPERVISOR MIXTO	185
CF37007	FISCAL EJECUTIVO TITULAR	185
CF37008	FISCAL EJECUTIVO ADJUNTO	148
CF37009	FISCAL EJECUTIVO ASISTENTE	148
CF37013	FISCAL COORDINADOR MIXTO O ESPECIALIZADO	185
CF37014	JEFE DE UNIDAD FISCAL ESPECIALIZADO	185
CF37015	AGENTE DEL M.P.F. TITULAR	185
CF37016	AGENTE DEL M.P.F. ADJUNTO	148
CF37018	AGENTE DEL M.P.F. ASISTENTE	148
CF37029	ABOGADO REVISOR	185
CF37030	ABOGADO DE TRÁMITE	185
CF37031	ABOGADO ANALISTA	148
CF39401	COMANDANTE EN VUELO ALA FIJA	148
CF39402	COMANDANTE EN VUELO ALA ROTATIVA	148
CF39403	PRIMER COMANDANTE EN VUELO ALA FIJA	148
CF39404	PRIMER COMANDANTE EN VUELO ALA ROTATIVA	148

CÓDIGO DE PUESTO	DESCRIPCIÓN DE PUESTO	SUMA ASEGURADA BÁSICA GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA PERSONAL SUSTANTIVO
CF39405	CAPITAN DE VUELO	148
CF39505	JEFE DE LABORATORIO DE LA P.G.R.	111
CF39506	LABORATORISTA DE LA P.G.R.	74
CF39512	INVESTIGADOR TITULAR	74
CF39521	COORDINADOR DE MANTENIMIENTO AEREO	185
CF39522	SUPERVISOR DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS AEREOS	185
CF39523	TECNICO DE CONTROL Y MANTENIMIENTO AEREO	111
CF39524	TECNICO EN APOYO TERRESTRE	74
CF39525	OPERADOR DE SISTEMAS DE COMUNICACIÓN	74
CF38501	PERITO PROFESIONAL JEFE REGIONAL	185
CF38503	PERITO PROFESIONAL JEFE DELEGACIONAL "B"	185
CF38504	PERITO PROFESIONAL COORDINADOR	185
CF38505	PERITO PROFESIONAL SUPERVISOR	148
CF38506	PERITO PROFESIONAL EJECUTIVO "A"	148
CF38507	PERITO EJECUTIVO PROFESIONAL " B "	148
CF38508	PERITO TECNICO COORDINADOR	148
CF38509	PERITO TECNICO SUPERVISOR	148
CF38510	PERITO TECNICO EJECUTIVO "A"	148
CF38511	PERITO EJECUTIVO TECNICO "B"	148
CF38512	PERITO PROFESIONAL	148
CF38513	PERITO TECNICO "C"	148
CF39501	PERITO PROFESIONAL	148
CF39520	PERITO TECNICO "C"	148
CF39507	AUXILIAR MECANICO EN AERONAVES	74
CF39508	ALMACENISTA ESPECIALIZADO AEREO	74
CF39515	INSPECTOR DE AERONAVES	74
CF39517	CHOFER TRANSPORTE ESPECIALIZADO PESADO	74

b) Los hijos de los servidores públicos, menores a 25 años que hayan sido dados de alta en el seguro por el titular. en el entendido que en el caso de que éstos cumplan 26 años durante la vigencia del contrato continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

c) Él o la cónyuge, concubinaria/ario o la pareja del mismo sexo, reconocida por la legislación aplicable, dados de alta en seguro por el titular. Los cónyuges, concubina o concubinario de los asegurados que tengan su domicilio en las Entidades Federativas (o Ciudad de México) que en su legislación vigente se prevea la figura del matrimonio o cualquier unión legal entre personas del mismo sexo, quedarán cubiertos por los beneficios otorgados en este contrato, es decir que la Aseguradora deberá proporcionales las mismas condiciones que al cónyuge, en los términos de las disposiciones aplicables.

La acreditación de la calidad de cónyuge para ser asegurado por este contrato se realizará a través del Acta de Matrimonio respectiva, la acreditación de la relación jurídicamente establecida para personas del mismo sexo, para ser asegurado por este contrato se realizará a través del documento que para tal efecto expida la autoridad competente en cada una de las entidades federativas.

Ejemplo: Ciudad de México: El documento que acredite el registro de la Sociedad de Convivencia, ante la Dirección General Jurídica y de Gobierno del Órgano Político-Administrativo.

La acreditación de la calidad de concubina/ario para ser asegurado por este contrato se realizará a través del documento que para tal efecto expida la autoridad competente en cada una de las entidades federativas.

Ejemplos: Ciudad de México

Constancia expedida por Juez Cívico, Declaración de hechos expedida por un Notario Público, Acta de Nacimiento de los hijos en común.

d) En su caso, los ascendientes en primer grado (padre y/o madre) hasta 85 años de los servidores Públicos.

SEGUNDA.-CARENCIA DE RESTRICCIONES

Esta póliza no estará sujeta a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de los asegurados.

TERCERA.-SUMA ASEGURADA BÁSICA

La suma asegurada se determinará multiplicando el número de (UMA) dependiendo de su nivel, y estará sujeta al momento en que ocurrió el siniestro es decir, al momento en que es efectuado el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto.

La suma asegurada básica es a partir de los 74 NSA hasta los 222 NSA; de conformidad al nivel que tenga el titular, que como prestación le otorga la PGR, así como a su

cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo y a sus hijos menores de 25 años.

La cobertura es potenciada a elección del asegurado cuando decide incrementar la suma asegurada básica para titulares y sus beneficiarios (dependiendo de su nivel) 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 NSA.

El asegurado titular deberá pagar, con cargo a su sueldo, la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada e inclusión de ascendientes (padre y/o madre) a través de descuentos quincenales que le aplique la PGR vía nómina.

Por cada gasto reclamado por una misma enfermedad o accidente, la suma asegurada disminuirá en la misma proporción, de tal manera que los gastos pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la suma asegurada contratada.

Las sumas aseguradas básicas se podrán incrementar en el transcurso de la vigencia de las 00:00 horas del 01 de enero a las 24:00 horas del 31 de diciembre de 2018, en cuyo caso operarán de la siguiente manera:

En caso de optar por la opción de incrementar la suma asegurada básica en el transcurso de la vigencia, esto implicaría un costo adicional y se deberán emitir pólizas nuevas con las respectivas tarifas, en el entendido que la póliza correspondiente (básica y potenciación) deberá presentarse en un solo certificado.

Suma asegurada potenciada, estará sujeta al momento en que ocurrió el siniestro, así como al nivel contratado por el titular y solo aplicará para padecimientos originados posterior a su contratación.

La aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña.

La cobertura es potenciada a elección del asegurado cuando decide incrementar la suma asegurada básica para titulares y sus beneficiarios (dependiendo de su nivel) 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 NSA.

El contrato contará con cuatro períodos de incremento de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes:

1. Del 01 al 31 de enero de 2018.
2. Del 01 al 30 de abril de 2018.
3. Del 01 al 30 de julio de 2018.
4. Del 01 al 31 de octubre de 2018, o en su caso, al momento de su incorporación a la colectividad (nuevos ingresos).

La aseguradora debe de respetar para los hijos recién nacidos de los titulares que ya tengan la potenciación solicitada y sea fuera de los períodos de potenciación antes descritos, el incremento de suma asegurada.

CUARTA.-SUMA POTENCIADA

Suma Asegurada Potenciada, estará sujeta al momento en que ocurrió el siniestro, así como al nivel contratado por el titular y solo aplicará para padecimientos originados posterior a su contratación sin que existan periodos al descubierto. La aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña.

En caso de no desear más el incremento de suma asegurada y/ascendiente, se deberá de informar de inmediato a fin de cancelar la programación; esto solamente será posible en el caso de que no existan siniestros abiertos.

La aseguradora respetará la potenciación a partir de la fecha de alta retroactiva y exclusivamente en los periodos de campaña.

a) La cobertura es potenciada a elección del asegurado cuando decide incrementar la suma asegurada básica para titulares y sus beneficiarios (dependiendo de su nivel) 111, 148, 185, 222, 259, 295, 333, 444, 592, 740, 850, 1000, 3000, 5000 y 7000 NSA.

El asegurado titular deberá pagar, con cargo a su sueldo, la prima correspondiente a la suma asegurada potenciada e inclusión de ascendientes (padre y/o madre) a través de descuentos quincenales que le aplique la PGR vía nómina.

El monto de la suma potenciada será la misma para el titular, así como para su cónyuge, o concubina concubinario, o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo, hijos del asegurado hasta 25 años, y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años.

a) El contrato contará con cuatro períodos de incremento de suma asegurada y/ode inclusión de ascendientes:

1. Del 01 al 31 de enero de 2018.
2. Del 01 al 30 de abril de 2018.
3. Del 01 al 30 de julio de 2018.
4. Del 01 al 31 de octubre de 2018, o en su caso, al momento de su incorporación a la colectividad (nuevos ingresos).

La Aseguradora debe de respetar para los hijos recién nacidos de los titulares que ya tengan la potenciación solicitada y sea fuera de los períodos de potenciación antes descritos, el incremento de suma asegurada.

En lo que se refiere a que los hijos recién nacidos tendrán el mismo incremento de suma asegurada de sus titulares, esto será siempre y cuando los nuevos hijos sean dados de alta dentro de los 30 días posteriores a su fecha de nacimiento; en el entendido que las altas y/o bajas pueden solicitarse con una retroactividad de 75 días naturales.

Durante estos períodos, la PGR deberá hacer del conocimiento de los servidores públicos asegurados estos beneficios y recabar, mediante escrito, las solicitudes de inscripción para operarlas en el seguro.

Los efectos de la potenciación iniciarán a partir de que el servidor público lo solicitó en el formato, las solicitudes deberán aplicarse en la quincena correspondiente.

El cotizador solo es un dato informativo.

De conformidad a la programación con el área de nómina la operación de cierre de quincenas es adelantado y por otra parte a afecto de conciliación se aplica la totalidad de los descuentos de forma prorrateada antes de que termine el contrato.

Las tarifas de conformidad a cada nueva vigencia tienen variación

En caso de no desear más el incremento de suma asegurada y/ ascendiente, deberá informar inmediatamente a fin de cancelar la programación de los descuentos, en el entendido de que no es posible que proceda reintegro en ningún caso.

El de incremento de suma asegurada y/o de inclusión de ascendientes se verá reflejado en el talón de pago bajo el concepto 75S

Referente al incremento de suma asegurada básica (potenciación) y/o ascendientes se informa que en aquellos casos en los cuales a los trabajadores no se les pueda aplicar el descuento a través de nómina por razones ajenas a la Institución, la aseguradora contratada para otorgar el servicio, tendrá que entregar, previa solicitud por escrito del trabajador y/o área de Seguros, la referencia de pago y banco, para que el trabajador pueda realizar sus aportaciones.

Para el caso de los asegurados titulares, cuando causen baja de la PGR y se actualice el supuesto de que sean dependientes (Cónyuge, concubina, concubinario o pareja del mismo sexo); de otro asegurado titular en la presente contratación del servicio, la incorporación no estará sujeta a los períodos de potenciación e incorporación de beneficiarios.

La Aseguradora deberá respetar los Layout establecidos por la Procuraduría debiendo adaptar la información en su sistema sin excepción alguna.

Los certificados se entregarán de conformidad a la base inicial y subsecuentemente conforme a las solicitudes que se soliciten por correo electrónico en el layout establecido.

Para efecto de las declaraciones de impuestos de los servidores públicos que optaron por la potenciación, se informa que será responsabilidad de la Aseguradora, la emisión y distribución de los recibos fiscales por concepto de potenciación o inclusión de ascendientes en el Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Sustantivo.

La Procuraduría deberá proporcionar la información con los datos fiscales que requiere antes del 14 de diciembre de 2018, para ser entregados por la Aseguradora al área correspondiente de la Procuraduría a más tardar el día 27 de diciembre de 2018.

Así mismo, la Aseguradora deberá tener contemplado el mantener folios disponibles ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para la elaboración de correcciones que se pudieran solicitar con posterioridad.

QUINTA.-GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Son aquéllos en los que incurre el asegurado dentro de la República Mexicana y en el extranjero (por emergencia médica en el extranjero), por servicios materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión necesarios para el diagnóstico definitivo y/o tratamientos acordes con el costo razonable en el lugar donde se proporcionen y sujetos a lo establecido en la presente contratación del servicio y sus respectivos convenios modificatorios.

La Aseguradora, realizará la difusión y promoción continua de descuentos en farmacias, laboratorios, consultas y todo aquello que promuevan en la Prestación de sus servicios.

Notas Importantes:

Es de suma importancia que todo el personal asegurado que se encuentre cubierto y protegido, deberá leer las condiciones generales de su póliza, ya que algunos padecimientos no están cubiertos y otros requieren periodo de espera.

El servicio que el hospital le proporcione a todo el personal asegurado; conformará una relación entre el hospital, el médico que lo atendió y el asegurado. Por lo consiguiente, la responsabilidad de la atención médica será del hospital, el médico o de ambos frente al paciente, ya que cada asegurado los elige libremente; sin embargo si son parte de la Red Médica y/o Hospitalaria que la Aseguradora ha seleccionado para poder otorgar el servicio, también será responsabilidad de la Aseguradora la calidad del servicio y sus consecuencias. La Procuraduría General de la República NO tendrá responsabilidad profesional ni legal derivada de dicha relación.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la presente contratación del servicio son los siguientes:

- a)** Gastos de hospital, representados por el costo de habitación en un cuarto privado estándar y alimentos;
- b)** Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el asegurado se encuentre internado en el hospital;
- c)** Medicamentos adquiridos para el asegurado dentro o fuera del hospital, siempre que

los que se adquieran afuera sean prescritos por los médicos tratantes (sean de red o no) y se anexe la factura de la farmacia con copia de la receta. Dicha factura deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables.

d) Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica, que quedarán sujetos a los porcentajes anotados en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.).

La aseguradora adjudicada entregara el tabulador a la convocante.

El total para estos conceptos, será lo máximo a pagar por Aseguradora bajo el concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica:

- Los honorarios por consultas o visitas médicas, están sujetos a lo estipulado en la Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (TABLA DE I.Q.)
- Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por Intervención Quirúrgica.
- Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano. Distribuidos de la siguiente manera: 20% primer ayudante, 10% segundo ayudante y 5% instrumentista.
- Los honorarios del anestésista se cubrirán hasta el 30% del total pagado por concepto de honorarios del Cirujano;

La tabla de I.Q. es de 60 UMAM.

e) Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de tres turnos; Los honorarios de enfermeras serán con un máximo de tres turnos durante 30 días. Los gastos médicos cubiertos para este rubro son los honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de tres turnos.

f) Sala de operaciones, recuperaciones y de curaciones;

g) Equipo de anestesia;

h) Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes;

i) Gastos originados por la estancia del asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios;

j) Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto;

k) Compra o renta de aparatos ortopédicos y/o prótesis (no aplican reposiciones), así como pulmón artificial y/o dispositivo mecánico cardiaco artificial (marcapasos), que se prescriban por el médico tratante a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, previa valoración y autorización de la Aseguradora; el límite es la suma asegurada contratada.

l) Gastos de transporte de ambulancias, terrestre o aérea, dentro de la República Mexicana, en caso estrictamente necesario y por indicación del médico tratante, para trasladar al asegurado al centro hospitalario más cercano y/o adecuado.

m) Para aquellos casos en donde ingresen por URGENCIA y se efectúen diversos estudios y no se cuente con la respuesta concreta del Diagnóstico definitivo, la Aseguradora invariablemente deberá considerar todos estos estudios para su pago tomando su suma con la que el asegurado apertura su siniestro.

El pago directo únicamente aplicará con proveedores en convenio con la aseguradora adjudicada. En caso de siniestros en cumplimiento del deber derivado de la naturaleza de las funciones de la colectividad asegurada (titulares) la aseguradora deberá de realizar las gestiones necesarias para que en aquellos hospitales y/o clínicas donde no estén en convenio realicen las gestiones pertinentes para operar el pago directo y/o reembolso, sin tener de forma previa la sugerencia de PGR.

El tipo de ambulancia que se cubrirá, será de acuerdo a la gravedad y circunstancias que se presenten en cada caso, incluyendo ambulancia de terapia intensiva, terapia intermedia o estándar, según se requiera.

El servicio de transportación en ambulancia aérea se proporcionará en los términos siguientes:

Traslado de aeropuerto a aeropuerto, cuando el asegurado presente una emergencia médica originada por una enfermedad o accidente cubierto por la presente contratación del servicio y que por prescripción médica se considere estrictamente necesario por no poder ser atendido en el lugar en que ocurrió ésta.

La cobertura de emergencia en el extranjero es exclusivamente para titulares que cuenten con oficio de comisión.

Los gastos de transporte de ambulancia terrestre o aérea, que se presenten por enfermedad o accidente. En el caso de los titulares procederá el pago directo con un coaseguro del 20% y para los dependientes aplicará el sistema de reembolso con un coaseguro del 20%.

n) Tratamiento de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia y/o quimioterapia, derivados de una enfermedad o accidente cubierto;

o) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierto en la presente contratación del servicio;

p) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, siempre y cuando se presenten radiografías donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente;

q) Padecimientos preexistentes: Amparados, conforme a lo que se menciona en las Definiciones de esta póliza. Los complementos no serán considerados padecimientos preexistentes.

r) Los gastos en que incurra el asegurado, únicamente dentro de la República Mexicana, a consecuencia de lesiones que sufra por la práctica profesional, amateur u ocasional de

los deportes que impliquen un riesgo mayor al normal, anotándose los siguientes con carácter enunciativo más no limitativo:

Tauromaquia, Automovilismo, Motociclismo terrestre o acuático, Ciclismo, Esquí en cualquiera de sus formas, Surfing, Regatas (veleros, yates, etc.), Buceo, Equitación, Charrería, Polo, Hockey, Alpinismo, Montañismo, Espeleología, Rapel, Deportes aéreos y similares, Velideltismo, Boxeo, Lucha libre o Greco-romana, Karate, Artes Marciales, etc.

El uso de motocicletas y vehículos de motor similares también serán cubiertos siempre y cuando el asegurado lo utilice como medio de transporte y/o trabajo.

s) Circuncisión (La cobertura será a partir de la vigencia y los titulares no tendrán ninguna restricción ni periodos de espera y quedarán excluidos los que sean de carácter profiláctico). (PARA LOS DEPENDIENTES EL PERIODO DE ESPERA SERA DE ACUERDO A LO SEÑALADO EN EL PRESENTE ANEXO "1")

t) Tratamientos médicos o quirúrgicos de nariz, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias abdominales, discales, hiatales, inguinales, crurales, umbilicales, tumora-ciones mamarias, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia de piso perineal, colecistitis, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias. "son enunciativas más no limitativas".

Enfermedades y tratamientos cubiertos con período de espera

Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos:

I. Del hijo nacido dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio y del correspondiente certificado individual de la asegurada, siempre y cuando se cumpla con la siguiente característica:

- a. Se haya notificado a la Aseguradora sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento, y
- b. Dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo asegurado, siempre y cuando exista el pago de la prima correspondiente.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido, quedan excluidos.

II. Del asegurado con más de 5 años de edad, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se presenten durante la vigencia de la presente contratación del servicio o del certificado individual, siempre y cuando se cumpla con las dos siguientes características:

- a. No se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la fecha de ingreso a la colectividad.
- b. Sólo se cubrirán dentro de la República Mexicana.

u) Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de

médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 40 NSA, con aplicación obligatoria del deducible contratado independientemente del sistema de pago que se utilice y eliminación del coaseguro siempre que el asegurado utilice médico y hospital en convenio.

En caso de que el asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre el proveedor de servicios que no estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).

Como operación cesárea, se considerará aquélla que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de 40 NSA.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la asegurada titular o la cónyuge o concubina, pareja del mismo sexo del asegurado titular, por lo que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del asegurado o asegurada titular.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento para este numeral no aplica para la potenciación.

v) Parto o aborto involuntario, bajo los términos siguientes:

La Aseguradora no deberá aplicar requisitos de asegurabilidad.

Para que la Aseguradora esté en condición de cubrir el evento de parto o cesárea para tu cónyuge (esposa, concubina o pareja del mismo sexo), es indispensable cumplir con las condicionales siguientes:

- Haber dado de alta a tu cónyuge dentro de los 30 días siguientes a tu matrimonio ó concubinato
- Recuerda que para dar de alta a tu cónyuge, es necesario entregar a tu área de Recursos Humanos, el documento comprobatorio donde se acredite el alta (acta de matrimonio, hoja de concubinato) en el cual se debe apreciar claramente que se cumplió con los 30 días, sin excepción.

Para cualquier duda, puedes llamar a la Subdirección de Seguros en las extensiones 501422, 505334 y 505388.

Parto

a.- Se cubren los gastos originados por la atención de un parto normal, entendiéndose

como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 40 NSA. Cabe señalar, que para el pago de este siniestro el asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso, el coaseguro. La Suma Asegurada para esta cobertura será de 40 NSA.

En caso de que el asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre los servicios que no estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).

b.- Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto **“son enunciativas más no limitativas”**; tales como erosión cervical, inserción ve lamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, poli hidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o várices vulvares o vaginales.

Estas complicaciones estarán incluidas en la suma asegurada para el parto.

c.- Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge, concubina o pareja del mismo sexo del asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del asegurado o asegurada titular.

d.- Los gastos originados quedarán cubiertos. Tratándose de la cónyuge o concubina, o pareja del mismo sexo del asegurado titular. Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento para este numeral no aplica para la potenciación.

Aborto involuntario

a. Se considerará como aborto involuntario, la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la asegurada y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o gabinete.

b. Se cubrirán los gastos originados por la atención de un aborto involuntario, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 40 NSA. Cabe señalar, que para el pago de este siniestro, el asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso el coaseguro. La Suma Asegurada para esta cobertura será de 40 NSA.

En caso de que el asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el 8% de coaseguro se aplicará sobre los servicios que no estén en la red de la Aseguradora, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de la Aseguradora (previo acuerdo).

c. Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge, concubina o pareja del mismo

sexo del asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del asegurado o asegurada titular.

d. Los gastos originados quedarán cubiertos. Tratándose de la cónyuge o concubina, o pareja del mismo sexo del asegurado titular.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento para este numeral no aplica para la potenciación.

w) Complicaciones del embarazo.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de 40 NSA.

Hasta la confirmación del diagnóstico el área médica dictaminara si es una complicación del embarazo. Dichas complicaciones, la suma asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea.

Ejemplo:

UMA Valor mensual	Nivel de suma asegurada (NSA) coberturas de cesárea, parto, aborto y complicaciones del embarazo coberturas de cesárea, parto, aborto y complicaciones del embarazo	Suma asegurada *
\$2,294.90	40	\$91,796.00

“Son enunciativas más no limitativas”

Se cubrirán los tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto, cesárea y puerperio sin período de espera:

- Embarazo extrauterino;
- Toxicosis gravídica, preclamsia y eclampsia;
- Mola hidatiforme (Embarazo molar);
- Fiebre puerperal,
- Óbito
- La que provenga de un accidente.
- Enfermedades hipertensivas
- Placenta acreta
- Placenta previa
- Diabetes gestacional
- Púrpura trombocitopécnia
- Huevo muerto
- Cerclaje

Se cubrirán los gastos originados por las complicaciones del embarazo, entendiéndose como tales, los honorarios médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 40 NSA. Esta suma asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea.

Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge o concubina, pareja del mismo sexo del asegurado titular, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas del asegurado o asegurada titular.

Únicamente se cubrirán los gastos erogados dentro de la República Mexicana.

El padecimiento para este numeral no aplica para la potenciación.

x) A partir de 48 meses de vigencia continua en la cobertura de Gastos Médicos Mayores para cada asegurado se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él, siempre que el virus del SIDA no haya sido detectado antes o durante los 4 años anteriores. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

y) El Periodo de espera para los tratamientos oftalmológicos aplica exclusivamente para titulares: Miopía*, Hipermetropía, Presbiopía, Astigmatismo, Cirugía correctiva de Cornea, Epiqueratofaquia, queratotomía radiada, Queratomileusis y Similares. Se considera, siempre y cuando sea por accidente o sea superior a las 5 dioptrías. Por padecimiento y por cada ojo, con un máximo de \$16,000.00 por evento, sin aplicar deducible y coaseguro; en el entendido de que cada ojo es un evento. Aplica exclusivamente para titulares.

z) Enfermedades ó Accidentes que sufra el Asegurado bajo el Influjó de Drogas y/o Bebidas Alcohólicas. (Se considera, siempre y cuando sea por accidente o inducido al realizar tareas en cumplimiento del deber). Aplica exclusivamente para titulares.

aa) Cobertura de Emergencia en caso de siniestro en el extranjero. Aplicará exclusivamente para titulares que cuenten con oficio de comisión.

bb) “La Cobertura de Emergencia en el Extranjero considera suma asegurada de 50,000 dólares, con deducible y coaseguro de acuerdo a lo indicado en la tabla de Deducibles y Coaseguros.

Protege a los asegurados con cobertura nacional del riesgo de sufrir alguna enfermedad o accidente que pueda ser considerado como emergencia médica fuera del territorio nacional.

Considerándose como urgencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad,

que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del paciente, cesará la emergencia médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio.

La Aseguradora pagará la reclamación en moneda nacional, de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana estipulado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial de la Federación vigente en la fecha de erogación de los mismos.

Los gastos cubiertos para Cobertura de Emergencia en el Extranjero:

- Cuarto semi-privado y alimentos del paciente.
- Médicos y/o cirujanos. Honorarios por intervención quirúrgica, así como visitas intrahospitalarias.
- Anestésista. Honorarios profesionales.
- Suministro en el hospital. Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.
- Servicio de diagnóstico. Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc.
- Servicio de ambulancia terrestre. En la localidad hacia o desde el hospital, siempre y cuando médicamente sea necesario.
- Aparatos ortopédicos y prótesis, necesarios para el tratamiento médico.

Esta cobertura no ampara:

- Las exclusiones y limitaciones de los gastos que se encuentran estipulados en los gastos no cubiertos de estas CONDICIONES de la PGR.
- Tratamientos que no sean catalogados como de urgencia, de común acuerdo por el médico tratante y la compañía.
- No quedarán cubiertos los accidentes o enfermedades que se hayan originado en la República Mexicana, así como sus consecuencias o complicaciones, sean o no motivo de la estancia o el viaje.
- No quedará cubierto el servicio de enfermería fuera del hospital.
- No quedarán cubiertos los tratamientos de rehabilitación.

APOYO PSIQUIÁTRICO

La Aseguradora otorgará el servicio de Apoyo Psiquiátrico exclusivamente a los titulares, cubriendo los siguientes padecimientos:

- Trastornos del estado de ánimo, incluyendo episodios depresivo mayor y distimia.
- Trastornos de ansiedad incluyendo fobias, pánico, síndrome de estrés postraumático, obsesiones y compulsiones.
- Trastornos somatoformes.
- Trastornos de sueño.
- Trastornos adictivos.
- Trastornos de adaptación.
- Trastornos de estrés agudo.
- Disfunciones Sexuales.

Los apoyos psiquiátricos desde el primer peso serán recuperados requiriéndolos a la PGR en los ajustes trimestrales que se vayan a realizar.

La Aseguradora deberá amparar los honorarios del médico psicólogo o médico psiquiatra certificado por un máximo de 12 sesiones por evento, así como incluir también todos los medicamentos que sean necesarios, estudios de laboratorio y gabinete siempre y cuando sean prescritos por el médico psicólogo o médico psiquiatra certificado. En caso de ser necesarias mayores sesiones, esto será previa autorización del médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o especialista de los padecimientos antes mencionados, asignados por la Aseguradora.

Para cada caso que requiera atención del Servicio de Apoyo Psiquiátrico, será indispensable realizar una solicitud por escrito, la cual será autorizada por el personal facultado de la PGR, firmado por éste y el afectado, remitiendo el documento solicitud a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, dando seguimiento y autorización la persona asignada por la PGR y con apoyo por parte de la Aseguradora.

Una vez notificada la Aseguradora, iniciará los trámites correspondientes de cada solicitud de la PGR y deberá responder en un periodo de 2 días hábiles, dependiendo de la localidad de la programación del servicio de consulta, considerando para el área metropolitana, la localidad más cercana al lugar de la solicitud y garantizando atención en cada uno de los Estados de la República Mexicana; por lo que comunicará a la PGR, el médico tratante, lugar, hora y fecha de atención.

En caso de proceder el tratamiento la Aseguradora, expedirá una “Carta Pase”, la cual deberá entregar al asegurado en un periodo máximo de 2 días hábiles y este documento tendrá una validez de 30 días naturales a partir de su fecha de expedición.

En caso de que el asegurado solicite reexpedición de la “Carta Pase” la Aseguradora entregará a esta en un periodo máximo de 2 días hábiles.

La Aseguradora deberá prestar el Servicio de Apoyo Psiquiátrico para el Personal Sustantivo de la Procuraduría General de la República en los 32 Estados de la República Mexicana, garantizando el servicio en la localidad más cercana al lugar de la solicitud.

La Aseguradora deberá prestar el servicio de conformidad a lo señalado en el numeral inmediato anterior, asimismo se obligará a proporcionar un informe mensual, comunicando la operación del Servicio de Apoyo Psiquiátrico para el Personal Sustantivo de la Procuraduría General de la República; lo anteriormente descrito, deberá entregarse y verificarse a la Subdirección de Seguros o área responsable de la PGR, en Av. Insurgentes No. 16, piso 1. Col. Juárez. Delegación Cuauhtémoc, en la Ciudad de México. Quedan excluidos los padecimientos psiquiátricos o psicológicos no anotados en el presente.

Esta cobertura se podrá ofrecer a los familiares directos del Titular, donde el siniestro del Titular afectado haya sido en cumplimiento del deber.

La regulación, control y operación para la autorización de estos casos de urgencias médicas serán bajo los términos y condiciones establecidos por la Dirección General Adjunta de Servicios al Personal dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, de acuerdo al documento interno que se tiene autorizado denominado “Procedimiento que se tiene establecido para la autorización de apoyo económico de casos especiales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo cuando la suma asegurada básica sea agotada” (quedando excluidas las enfermedades o padecimientos).

La Aseguradora cubrirá los gastos que excedan la suma asegurada básica y posteriormente, serán requeridos a la PGR en los ajustes correspondientes. El pago de estos casos se hará trimestralmente, por las reclamaciones presentadas en el trimestre.

Para que la Procuraduría General de la República esté en condición de realizar los pagos de los casos autorizados conforme al procedimiento establecido, la aseguradora deberá remitir dentro de los primeros tres días hábiles a inicio de trimestre, la documentación soporte, para revisión, conciliación y cotejo (por cada uno de los casos autorizados) conforme al apartado “casos especiales”.

SEXTA.-EXCLUSIONES

En la presente contratación del servicio, no cubrirá los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por las complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en este contrato.

- a. Servicio de acompañantes en el traslado del asegurado en calidad de paciente, dentro o fuera del país;
- b. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal;
- c. Tratamientos estéticos, de calvicie o cirugía para cambio de sexo;
- d. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevos;
- e. Dietéticos y de obesidad;
- f. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos;
- g. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos;
- h. Dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables, a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en la Cláusula Cuarta de Gastos Médicos Cubiertos, en la presente contratación del servicio;
- i. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la Asegurada directamente;
- j. Fertilidad, esterilidad, control de natalidad y sus complicaciones;
- k. Miopía, Presbiopía, hipermetropía y astigmatismo. Tampoco cubre cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada,

queratomileusis, epiqueratofaquia y similares; ésta exclusión aplica únicamente para beneficiarios.

- l. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral; aplica solo a dependientes.
- m. Gastos derivados de los estudios que requieren los donadores, así como los correspondientes al proceso de donación de órganos.
- n. Control, vigilancia y atención prenatal;
- o. Todos los gastos propios del recién nacido, así como sus tratamientos pediátricos;
- p. Malformaciones y padecimientos congénitos del asegurado no protegido por la Aseguradora desde su nacimiento;
- q. Estrabismo del asegurado no protegido por la Aseguradora a partir de su nacimiento;
- r. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de contratación del respectivo certificado individual de la presente contratación del servicio, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición; excepto cuando el asegurado cuente con suma asegurada remanente.
- s. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, independientemente de sus orígenes y consecuencias;
- t. Trastornos de la conducta, así como enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; y, en general, cualquier estudio y/o tratamiento psicológico, psiquiátrico o psíquico independientemente de sus orígenes y consecuencias no considerado en las presentes bases;
- u. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos;
- v. Tratamientos médicos o quirúrgicos de naturaleza, experimental o de investigación;
- w. Tratamientos médicos o quirúrgicos a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar, en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad;
- x. Intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental;
- y. Actos delictivos intencionales o peleas en que participe directamente el asegurado;
- z. Servicio militar de cualquier clase o participación en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión;
- aa. Práctica profesional de cualquier deporte en el extranjero;
- bb. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano (a), hijo (a), cónyuge) concubina o pareja del mismo sexo del asegurado o el mismo asegurado, y
- cc. Vacunas y/o medicamentos de prevención de la salud. Sin embargo, cuando las vacunas sean prescritas como parte de un tratamiento por algún padecimiento cubierto por la presente contratación del servicio, no serán consideradas como preventivas y en consecuencia tampoco serán excluidas.

Los gastos de recién nacido están excluidos de conformidad a la cláusula sexta, exclusiones, inciso o. de la convocatoria.

SEPTIMA.-RESIDENCIA

Para efecto de la presente contratación del servicio, sólo podrán quedar protegidos por este seguro los servidores públicos y sus dependientes que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

Los Titulares que salgan en comisión oficial (se consideran hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza), fuera del país por periodos entre 1 y 6 meses, que requieran la atención médica en el extranjero por accidente y/o enfermedad, contarán con cobertura Internacional. Los gastos que origine su atención serán pagados por el servidor público y reembolsados por la Aseguradora al Titular afectado en un periodo menor de 15 días hábiles.

Se considera cubrir hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza, por las mismas coberturas amparadas en territorio nacional pero que también se cubran a nivel internacional, titulares exclusivamente en comisión oficial. Póliza básica y/o potenciada.

Se considera cubrir hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza. En caso de excederse el número de servidores públicos (se consideran hasta 20 casos durante la vigencia de la póliza), la PGR notificará a la Aseguradora para el cobro de la prima respectiva, la cual se calculará a prorrata con base en la tarifa que proporcionará ésta.

La cobertura de emergencia en el extranjero operará solo titulares que cuenten con oficio en comisión y no aplica en territorio nacional sino en el extranjero.

En caso de ser menor el número de participantes la Aseguradora devolverá la prima no devengada a la PGR, en la conciliación Trimestral o final del Contrato.

Para los efectos de los párrafos anteriores, se entiende por residencia lo establecido en el artículo 29, último párrafo, del Código Civil Federal, que a la letra se transcribe:

Artículo 29.- El domicilio de las personas físicas es el lugar donde residen habitualmente, y a falta de éste, el lugar del centro principal de sus negocios; en ausencia de éstos, el lugar donde simplemente residan y, en su defecto, el lugar donde se encontraren.

Se presume que una persona reside habitualmente en un lugar, cuando permanezca en él por más de tres meses.

No se requiere tarifa adicional para cubrir lo solicitado en este numeral.

OCTAVA.-ALTAS DE ASEGURADOS

Causarán alta en la presente contratación del servicio:

Los servidores públicos titulares, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo

sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años.

Sera responsabilidad de los servidores públicos titulares solicitar el alta de cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años anexando la documentación en copia simple legible con la que se acredite la afiliación del titular con el asegurado.

La fecha de alta a la colectividad de los nuevos ingresos será;

- a) Titulares: La fecha de ingreso al puesto sustantivo dentro de la PGR.
- b) Cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre); será la fecha de recepción del Formato de Consentimiento Institucional debidamente requisitado por el servidor público.

El pago de prima correspondiente a los asegurados titulares, cónyuge o concubina (rio), pareja del mismo sexo, hijos menores de 25 años (estará a cargo de la PGR.); en el entendido que la inclusión de ascendientes (padre y/o madre, hasta 85 años) y potenciación será con cargo al titular, con recibos de primas individualizados.

La PGR al notificarle a la Aseguradora, cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto a partir de la fecha del movimiento administrativo (ejemplo: promociones).

Los movimientos solicitados, dado lo dinámico de la póliza requieren de un tratamiento especial, que derivan de los procesos de integración que se realizan en las diversas áreas de recursos humanos de la PGR, para incorporar altas nuevas, reingresos o bajas del personal administrativo o sustantivo, lo anterior a fin de dar cabal cumplimiento en la prestación de estos servicios.

La Aseguradora deberá respetar los Layout establecidos por la Procuraduría debiendo adaptar la información en su sistema sin excepción alguna.

La Aseguradora entregará a la PGR el reporte de primas y asegurados, en medio magnético (CD) al cierre de cada trimestre y al final de la vigencia, el concentrado para efectos de conciliación de altas y bajas, y proceder al pago o devolución de primas, con la finalidad de finiquitar la presente contratación del servicio del Seguro de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo de la Procuraduría General de la República.

La PGR deberá realizar lo siguiente:

- Proporcionar a los servidores públicos de nuevo ingreso, el Formato de Consentimiento Institucional de la PGR, para que los asegurados registren sus datos personales y los de sus familiares asegurados, en el entendido que la colectividad inicial será a través de la base de datos, la PGR deberá entregar a la Aseguradora, la periodicidad se hará de manera quincenal.

En caso de alta de un asegurado durante la vigencia de la presente contratación del servicio, la Aseguradora cobrará una prima de acuerdo con las tarifas vigentes, calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso y hasta el vencimiento de la presente contratación del servicio.

Los hijos que no tengan una consanguinidad directa con el Titular, serán aceptados por la Aseguradora; única y exclusivamente si presentan el documento que acredite específicamente un vínculo legal (matrimonio); previa verificación por el área correspondiente de la Subdirección de Seguros, y remitiendo copia legible del acta de matrimonio y nacimiento a la Aseguradora.

NOVENA.-BAJAS DE ASEGURADOS

a. Causarán baja de la presente contratación del servicio, aquellos servidores públicos que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años.

El asegurado podrá renunciar o disminuir la suma asegurada de la potenciación en cualquier momento de la vigencia de este contrato. Esta condición aplica para el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes.

Cuando un servidor público haya causado baja por cualquier causa y tenga pleno conocimiento de este hecho y haga uso de los beneficios del seguro en fecha posterior a la baja y como consecuencia la Aseguradora pague algún siniestro; la misma podrá interponer las acciones que en derecho procedan en contra de aquel que indebidamente hizo uso del seguro para recuperar el monto erogado.

En los casos de potenciación de suma asegurada, no es posible aceptar la baja de un asegurado que ya hizo uso de la suma asegurada y tiene un siniestro abierto, ya que ello perjudica la buena siniestralidad de la póliza y se trata de una acción poco decorosa, por parte del asegurado, en el entendido que no es posible aceptar la baja de un asegurado que ya hizo uso de la suma asegurada y tiene un siniestro abierto.

La cancelación o disminución de suma asegurada potenciada o ascendientes, solamente será posible en el caso de que no existan siniestros abiertos.

DECIMA.-OBLIGACIONES DE LA PGR RESPECTO DE MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

Dar de alta en el seguro a todas aquellas personas que, en el momento de la suscripción de la presente contratación del servicio, reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada y a las personas que con posterioridad a la fecha de inicio de esta cobertura reúnan dichos requisitos.

a. Dar aviso a la Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarlas. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto

a partir de la fecha del movimiento administrativo (ejemplo: promociones). La aseguradora acepta respetar la fecha en que se dio la promoción aplicando la retroactividad que corresponda al trabajador.

b. Comunicar a la Aseguradora en forma escrita las separaciones definitivas e ingresos de los miembros de la colectividad asegurada, en el entendido que se podrán solicitar fechas retroactivas tanto en altas como en bajas en los períodos establecidos.

DÉCIMA PRIMERA.-EDAD

Para efecto de la presente contratación del servicio, las edades límites de aceptación de los asegurados y renovación del aseguramiento, a excepción de los asegurados titulares, quienes no tendrán límite de edad alguna son:

a. Cónyuge, concubina/ario o pareja del mismo sexo del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad durante la vigencia de la presente contratación del servicio, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

b. Hijos del asegurado titular, que cumplan hasta 25 años de edad durante la vigencia de la presente contratación del servicio, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo. En el entendido que en el caso de que éstos cumplan 26 años durante la vigencia del contrato continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

c. Ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad durante la vigencia del contrato, continuarán asegurados hasta el vencimiento de vigencia del mismo.

La Aseguradora podrá solicitarle a la PGR documento para comprobar la edad del asegurado.

DÉCIMA SEGUNDA.-PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, el beneficiario liquidará el deducible y en su caso el coaseguro, dependiendo de la enfermedad y/o accidente de que se trate y del sistema de pago de Indemnización utilizado, especificado en el Sistema de pago de indemnizaciones.

Los médicos que acepten el tabulador de la Aseguradora se considerarán como médicos de red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios del médico.

DÉCIMA TERCERA.-PAGO DE RECLAMACIONES

La Aseguradora sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras/os tituladas/os, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del asegurado, así como los gastos de internación efectuados en los hospitales donde se otorgó el servicio.

No se hará por parte de la Aseguradora, pago alguno a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social donde no se exija remuneración o no se expidan recibos que cumplan con los requisitos fiscales.

Las reclamaciones tramitadas en la Ciudad de México, serán liquidadas en el curso de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que la Aseguradora reciba todos los documentos, datos e informes que le permitan determinar si procede o no el pago de la indemnización. Para el caso de reclamaciones, cuyo trámite se realice en el interior de la República, el plazo máximo no excederá de 8 días hábiles.

En toda reclamación, el asegurado deberá comprobar a la Aseguradora la ocurrencia del siniestro, presentando a la Aseguradora los formatos correspondientes, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados, como facturas y/o recibos, copia de las recetas y de los documentos médicos y estudios con los resultados relacionados con el evento reclamado. En caso de no cumplirse estos requisitos, la Aseguradora quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

La aseguradora no cubrirá honorarios de médicos que no cuenten con cédula de la especialidad requerida para la atención o procedimiento reclamado.

DÉCIMA CUARTA.-SISTEMA DE PAGO DE INDEMNIZACIONES

Los Sistemas de Pago previstos en el seguro son:

a).- Pago Directo

El Sistema de Pago Directo considerado en la presente contratación del servicio opera de conformidad con los términos estipulados en el apartado “Definiciones” del mismo, siempre que el asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad y requieran atención médica o ingreso a un hospital y obtenga los servicios de médicos y hospitales de la red médica propia, en los casos que se indican a continuación:

1.- Programación de intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos

Trámite.- La programación de cirugías deberá llevarse a cabo, cuando menos, con 3 días hábiles de anticipación a la intervención o tratamiento; lapso en el que la Aseguradora valorará la intervención y/o el tratamiento y otorgará por escrito al asegurado la autorización correspondiente que debe entregar en el área de admisión del hospital y al médico tratante.

En los casos de urgencia o emergencia médica, previamente justificada, que se presenten durante la vigencia de la presente contratación del servicio, el asegurado podrá solicitar la programación de la intervención quirúrgica o tratamiento con 2 días hábiles de anticipación siempre y cuando proporcione a la Aseguradora los documentos correspondientes completos.

La cobertura de emergencia en el extranjero es exclusivamente para titulares que cuenten con oficio de comisión.

2.- Reporte en el hospital

Trámite.- El beneficio de Reporte en el Hospital se otorgará al asegurado al momento de ingresar al hospital de la Red Médica, siempre y cuando su estancia sea mayor a 24 horas. El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospi-

talización, siempre que el médico tratante forme parte de la Red Médica, o bien, que el médico que no pertenezca a la red se ajuste al tabulador de la Aseguradora. (El pago directo aplica para Red de Hospitales en convenio y Red de Médicos en convenio).

Se podrá otorgar el pago directo, en los casos que se cuente con un diagnóstico definitivo y la estancia sea menor a 24 horas, se aplicará el pago.

El beneficio de reporte en el hospital se otorgará al asegurado al momento de ingresar al hospital de la red médica, siempre y cuando su estancia sea mayor a 24 horas. El beneficio también podrá operar en el pago de honorarios médicos, en caso de hospitalización, siempre que el médico tratante forme parte de la red médica, o bien, que el médico que no pertenezca a la red se ajuste al tabulador de la aseguradora.

Aplicación del Deducible y Coaseguro para los numerales 1 y 2 de Pago Directo. Tratándose del cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, en toda reclamación que sea autorizada por los Sistemas indicados con anterioridad, con hospitales y médicos de la Red Médica, el asegurado, tendrá obligación del pago del deducible, del pago de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de la presente contratación del servicio y del pago de los gastos efectuados en exceso de las limitaciones de la presente contratación del servicio. Estos montos serán liquidados por el asegurado al momento de su consulta o egreso del hospital, según sea el caso.

Cuando la Aseguradora autorice el Pago Directo a un prestador de servicio y éste no forme parte de la Red Médica y no se ajuste al tabulador de la Aseguradora, el beneficiario tendrá la obligación del pago del deducible y del coaseguro sobre los honorarios médicos, así como de los gastos no cubiertos de acuerdo a las condiciones de este seguro. El pago de la indemnización de los honorarios médicos, se realizará a través del sistema de reembolso.

Tratándose del titular **VER TABLA DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS.**

En caso de que el médico no adscrito a la Red Médica acepte el tabulador de pago directo que utiliza la Aseguradora con la consigna de que ésta no pagará complementos por ninguna otra vía, dicha manifestación se establecerá en el informe médico.

Para los casos en los que el médico acepte el tabulador, se deberá eliminar el pago del coaseguro.

Si el tiempo durante el que estuvo internado el asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito a la red, y éste acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza la Aseguradora, ésta deberá de realizar el reembolso de los gastos efectuados por el beneficiario, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

VER: TABLA DEDUCIBLES Y COASEGUROS

b.- Reembolso

Tratándose del asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y/o ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años, los gastos efectuados por cualquiera de éstos, se cubrirán mediante reembolso con sujeción a los términos y condiciones en la presente contratación del servicio, en la solicitud de reembolso se deberá considerar un recuadro en el que el asegurado titular designe a una persona para que en caso de fallecimiento reciba el pago correspondiente al pago del reembolso reclamado.

Trámite.- En caso de que la reclamación procediera a través del Sistema de Reembolso, el asegurado deberá comprobar a la Aseguradora la realización del siniestro, presentando su reclamación acompañada de los formatos y documentación que a continuación se enumeran y en las cuales deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican:

- a) Formato de Aviso de Accidente debidamente llenado y firmado por el Asegurado;
- b) Formato de Informe del Médico Tratante debidamente llenado y firmado;
- c) Formato de **Solicitud de Reembolso** debidamente llenado y firmado, que deberá contener un recuadro en el que el Asegurado Titular designe a una persona mayor de 18 años, para que en caso de fallecimiento reciba el pago correspondiente al pago del reembolso reclamado
- d) Facturas originales, que contengan los requisitos fiscales, de cada uno de los gastos que se hayan hecho;
- e) Las facturas de farmacia originales, acompañadas de copia de la receta médica correspondiente, especificando cada uno de los medicamentos comprados;

Este inciso será actualizado de acuerdo a las nuevas normas emitidas por la SCHP, en relación a la entrega de facturas y requisitos fiscales.

Se realizará conforme a lo establecido en el artículo 13 y 51 de La Ley, el pago que se genere con motivo de la prestación del servicio se realizará en moneda nacional y no podrá exceder de veinte días naturales contados a partir de la fecha de entrega del comprobante fiscal digital en formatos PDF y XML, recibos de pagos de primas o cualquier otro documento que funja como comprobante de pago que cumpla con todos los requisitos fiscales correspondiente por parte de la aseguradora.

Con fundamento en el artículo 51 de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del sector público (LAASSP), el pago se realizará dentro de los veinte días naturales posteriores a la validación de la impresión del comprobante fiscal digital (CFDI) en formato PDF, haciendo constar la prestación, recepción y aceptación de los servicios, por parte del administrador del contrato, mediante sello, fecha y firma, de conformidad con el Artículo 84 Último Párrafo y 89 Primer Párrafo, del reglamento de la LAASSP.

El CFDI será remitido al administrador del contrato a las siguientes direcciones de correo electrónico: joel.oliver@pgr.gob.mx y victor.toledo@pgr.gob.mx en formato PDF para pago y en formato XML solo para su resguardo, estos comprobantes deberán presentarse en moneda nacional, con base a lo siguiente:

- a. La prima se pagará en 4 exhibiciones a trimestre adelantado (en los meses de enero, abril, julio y octubre de 2018).
- b. Los movimientos de altas y bajas serán detallados a mes vencido, presentando “la aseguradora” un sólo recibo o nota de crédito.

Los CFDI deberán contar con los siguientes datos:

A. Los señalados en los Artículos 29 y 29a del Código Fiscal de la Federación aplicable en los Estados Unidos Mexicanos, en donde se indique la descripción del servicio, precio unitario, cantidad y precio total de los mismos y el número de contrato del que se trate.

B. Domicilio fiscal de la institución localizado en Paseo de la Reforma Número 211-213, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, RFC PGR850101RC6

El pago quedará condicionado proporcionalmente al pago que el licitante que resulte adjudicado deban efectuar por concepto de penas convencionales, con motivo del cumplimiento tardío en que pudiera incurrir, en el entendido de que en el supuesto de que sea rescindido el contrato, no procederá el cobro de dichas penas, ni la contabilización de las mismas, al hacer efectiva la garantía de cumplimiento.

El licitante que resulte adjudicado deberá presentar al administrador del contrato toda la documentación justificatoria y comprobatoria del contrato y carta en la que acredite la existencia de cuenta bancaria a su nombre, para efectuar los depósitos correspondientes al pago de los servicios efectivamente realizados.

El pago se efectuará mediante transferencia electrónica a través del sistema de administración financiera federal a la cuenta bancaria del proveedor, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 14 de la Ley Federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria, 10 y 68 de su Reglamento.

En el caso de pagos en exceso que haya recibido el licitante que resulte adjudicado, este deberá reintegrar las cantidades pagadas en exceso, más los intereses correspondientes, conforme a la tasa que será igual a la establecida por la ley de ingresos de la federación, en los casos de prórroga para el pago de créditos fiscales, los cargos se calcularán sobre las cantidades pagadas en exceso en cada caso y se computarán por días naturales desde la fecha del pago, hasta la fecha en que se pongan efectivamente las cantidades a disposición de la institución.

En caso de que el licitante que resulte adjudicado presente su CFDI con errores o deficiencias, el plazo de pago se ajustará en términos del artículo 89 Penúltimo Párrafo y 90

del Reglamento de La Ley.

Con fundamento en el Artículo 46 Último Párrafo de La Ley, la convocante otorga su consentimiento para que el licitante que resulte adjudicado y haya cumplido totalmente y a satisfacción de la convocante con los trámites administrativos y la entrega del servicio requerido ceda sus derechos al cobro.

El licitante que resulte adjudicado de conformidad a lo señalado en el oficio número UNCP/309/NA/O.-0165/2015 de fecha 29 de abril de 2015, suscrito por la Secretaría de la Función Pública, podrá considerar que “La Procuraduría” se encuentra dentro del sistema de cadenas productivas para que en caso de que desee contar con este beneficio, podrá comunicarse a la dirección de presupuesto, de la dirección general de programación y presupuesto al teléfono 5346 0000 extensión 0281.

PARA EFECTOS DE DEDUCIBILIDAD DE LAS OPERACIONES AMPARADAS EN LOS CFDI

- f) Los recibos originales de honorarios médicos y/o quirúrgicos deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.

En caso de que se presente por primera vez algún recibo expedido por un médico que con anterioridad no hubiera participado en la atención o tratamiento del asegurado o éste no aparezca mencionado en el formato de Declaración del Médico Tratante, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención;

La entrega del comprobante fiscal debe ser proporcionado en formato PDF y XML cumpliendo todos los requisitos fiscales correspondientes.

- g) Estudios de laboratorio y/o gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, ultrasonido, electroencefalograma, etc., será necesario el original o copia de la interpretación. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al asegurado;
- h) En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de algún órgano, será necesario el reporte de histopatología. Los estudios anteriormente mencionados serán devueltos al asegurado;
- i) Copia de identificación oficial del asegurado titular, cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y ascendientes del asegurado titular, que cumplan hasta 85 años de edad, cuando la reclamación se hace por primera vez. Como identificaciones oficiales se considerarán: credencial de elector, pasaporte vigente, cartilla del servicio militar nacional, cédula profesional y/o licencia de manejo con antigüedad mínima de 6 meses.

Para los incisos d, e y f todas las facturas o recibos deberán emitirse a nombre del asegurado titular independientemente que éste no haya sido el afectado.

Para los incisos g y h y sólo en caso de que la Aseguradora por error haya extraviado el estudio proporcionado por el Asegurado y dicho estudio sea indispensable para la atención de la enfermedad o accidente, la Aseguradora deberá facilitar al asegurado la reposición del estudio, sin costo alguno.

Aplicación del Deducible y Coaseguro para Reembolso.- En toda reclamación inicial que se realice por el Sistema de Reembolso, considerando que el hospital y/o médico no son de la Red de la Aseguradora y el médico no se ajustó al tabulador de ésta, de todos o de una parte de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, el asegurado tendrá como obligación el pago del deducible y del coaseguro sobre los gastos procedentes erogados por él.

En caso de que el asegurado solicite el reembolso de los gastos efectuados por una enfermedad o accidente cubierto y se haya atendido en hospital y con médico de la red, o bien, el médico se haya ajustado al tabulador de pago directo, se eliminará el coaseguro correspondiente y tendrá como obligación el pago del deducible.

El deducible y el coaseguro contratados, se especifican en el certificado individual. Los pagos complementarios derivados de una reclamación inicial de este tipo se continuarán pagando sin deducible y con el coaseguro correspondiente.

Para el titular. **VER TABLA DEDUCIBLES Y COASEGUROS**

c.- Pago mixto

El sistema de pago mixto es aquél en el que una parte de los gastos generados a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, son liquidados directamente al prestador del servicio por la Aseguradora de conformidad con el inciso a) anterior del punto.

La otra parte es cubierta por el propio asegurado, la cual será liquidada por la Aseguradora mediante el Sistema de Reembolso, con sujeción a los términos estipulados en la presente contratación del servicio.

d.- Pago complementario.

El sistema de pago complementario es aquel en donde, independientemente del Sistema de Pago con el cual se hubiera iniciado una reclamación a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, los gastos generados y liquidados por el asegurado titular y dependientes antes o después de la atención médica y/o quirúrgica autorizada por la Aseguradora, se reembolsan con sujeción a los términos estipulados en la presente contratación del servicio y de conformidad con el sistema de pago que le dio origen. En caso de que a la reclamación inicial, por enfermedad, le hubieren aplicado deducible y coaseguro, al pago complementario sólo se le aplicará el coaseguro.

Si en la reclamación inicial se pagó el deducible y se eliminó el coaseguro, los pagos complementarios no tendrán ni deducible ni coaseguro, siempre y cuando la atención se continúe recibiendo de un médico, prestadores de servicios y hospital de red.

DECIMA QUINTA.-ACCIDENTES Y EMERGENCIAS O URGENCIAS MÉDICAS.

Accidente cubierto. Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad de la persona asegurada (dentro o fuera del territorio nacional) que produce lesiones corporales en la persona del asegurado, siempre y cuando requiera atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen y se encuentre amparado en los términos de las Condiciones Generales Particulares de la PGR que integran la presente contratación del servicio.

Emergencia o Urgencia Médica.- Enfermedad o accidente cubierto que pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del asegurado motivo por el cual ingresa por el área de urgencias o emergencias a un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas. El cual será cubierto mediante pago directo por la Aseguradora, siempre y cuando se trate de hospital y médicos de red. Esta cobertura aplica en territorio nacional y en caso de siniestro en el extranjero, aplicará exclusivamente para titulares que cuenten con oficio de comisión.

DECIMA SEXTA.-CUANTÍA DEL REEMBOLSO

La cantidad que la Aseguradora pagará al asegurado por reembolso, en los casos que aplique deducible y coaseguro, se determinará de la siguiente manera:

- a.-** Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la presente contratación del servicio.
- b.-** A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y a la diferencia se le aplicará el porcentaje del coaseguro pactado en la presente contratación del servicio.
- c.-** Por cada enfermedad o accidente cubierto, el deducible se aplicará una sola vez y el coaseguro se aplicará por reclamación, en el entendido que un siniestro puede tener varias reclamaciones.
- d.-** En caso de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora pagará a su sucesión los gastos procedentes reembolsables pendientes de pago o en su caso, a la persona designada por el titular.

DECIMA SÉPTIMA.-PERÍODO DE BENEFICIO

Si la presente contratación del servicio termina de acuerdo a lo establecido en el apartado Terminación del Contrato o, no se hace la ampliación de la vigencia o la contratación de una póliza individual de Gastos Médicos Mayores con la Aseguradora, según sea el caso:

- a.-** No se cubrirán los gastos efectuados después del término de vigencia o separación de la colectividad asegurada, únicamente cuando la reclamación haya iniciado el trámite dentro del período de vigencia.
- b.-** Si la Aseguradora ha autorizado previamente el pago de una enfermedad o accidente cubierto y el asegurado se encontrara hospitalizado al momento de finalizar la vigencia de la presente contratación del servicio o, de haber sido separado de la colectividad asegurada, se le pagarán los gastos de esa atención médica por un plazo máximo de 90 días a partir de la fecha de terminación de vigencia de la presente contratación del

servicio o de la separación de la colectividad asegurada o, el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero.

DECIMA OCTAVA.-OTROS SEGUROS

En caso de reclamación, si las coberturas otorgadas en la presente contratación del servicio estuvieren amparadas en todo o en parte por otros seguros en ésta u otras Aseguradoras, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos.

DECIMA NOVENA.-DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCER EL MONTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS.

Durante la vigencia de la póliza, “EL CONTRATANTE” solicitará por escrito a “LA ASEGURADORA” le informe que no existe porcentaje en la prima, por concepto de comisión o compensación directa, que corresponda al intermediario alguno o persona moral por su intervención en la celebración de la presente contratación del servicio.

VIGÉSIMA.-DEDUCIBLES Y COASEGUROS APLICABLES AL CONTRATO EN LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

Deducibles a aplicar para titulares, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes por accidente y enfermedad.

Los deducibles podrán ser NSA o UMAM respetando lo siguiente:

Ejemplo:

UMA Valor mensual	Nivel de suma asegurada (NSA) o UMAM	Suma asegurada mensual*
\$2,294.90	4	\$9,179.60

UMA Valor mensual	Nivel de suma asegurada básica (NSA) o UMAM	Suma asegurada mensual*
\$2,294.90	40	\$91,796.00

Parto, cesárea o aborto involuntario no aplica para hijas ni ascendientes deducibles a aplicar para titulares, cónyuge, concubina o concubinario o pareja del mismo sexo, hijos y ascendientes por accidente y enfermedad.

TABLA 1

TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	HOSPITAL Y MÉDICO DE RED	HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO	MÉDICO DE RED Y HOSPITAL CONTENIDO EN TABLA No. 2
Titular	Parto o Cesárea	1 NSA	1 NSA	3 ó 4 NSA según el hospital en que se atienda
Titular	Accidente o Enfermedad	No Aplica (para los Hospitales que no se encuentren en la tabla 2)	1 NSA	3 ó 4 NSA según el hospital en que se atienda
Asegurado	Parto o Cesárea	1 NSA	2 NSA	3 ó 4 NSA según el hospital en que se atienda
Asegurado	Accidente o Enfermedad	1 NSA	2 NSA	3 ó 4 NSA según el hospital en que se atienda

TABLA 2

DEDUCIBLES 3 NSA	DEDUCIBLES 4 NSA
Hospital Ángeles Metropolitano	Hospital Ángeles del Pedregal
Ángeles Mocol	Hospital Ángeles de las Lomas
Ángeles Clínica Londres	Médica Sur
Ángeles Lindavista	Hospital ABC Observatorio
Hospital Christus Muguerza Monterrey	Hospital ABC Santa Fe
Hospital San Javier	Ángeles de Querétaro
Star Médica Lomas Verdes	Hospital Español
Corporativo Hospital Satélite	Hospital San José de Monterrey

TABLA 3

COASEGUROS EN LA REPÚBLICA MEXICANA			
TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	HOSPITAL Y MÉDICO DE RED	HOSPITAL Y MÉDICO SIN CONVENIO
Titular	Parto o Cesárea	No Aplica	8%
Titular	Accidente o Enfermedad	No Aplica	8%
Asegurado	Parto o Cesárea	No Aplica	8%
Asegurado	Accidente o Enfermedad	No Aplica	8%

TABLA 4

DEDUCIBLES Y COASEGUROS EN EL EXTRANJERO			
TIPO DE ASEGURADO	PADECIMIENTO	DEDUCIBLE	COASEGURADO
Titular (oficio de comisión)	Accidente	0 NSA	20%
Titular (oficio de comisión)	Enfermedad	4 NSA	20%

VIGÉSIMA PRIMERA.-LICENCIAS POR ENFERMEDAD

La PGR pagará a la Aseguradora el 100% de la prima básica cuando el servidor público se encuentre de licencia por enfermedad dentro de los supuestos establecidos en el artículo 37 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, aún y cuando el servidor público se encuentre en el supuesto sin goce de sueldo.

VIGÉSIMA SEGUNDA.-SUSPENSIÓN TEMPORAL DE LOS EFECTOS DEL NOMBRAMIENTO

- a) Cuando el servidor público sufra prisión preventiva seguida de fallo absolutorio, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico por parte de la PGR, del período que duró la prisión preventiva, para lo cual la Aseguradora realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.
- b) Cuando el servidor público fuere suspendido por cualquier causa, seguido de laudo ejecutoriado en el que se determine reanude sus labores, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico por parte de la PGR, en términos del laudo respectivo, del tiempo que duró la suspensión.
- c) Cuando el servidor público fuere suspendido en términos de la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, y obtenga resolución firme en donde se revoque la sanción o la medida cautelar respectiva, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico por parte de la PGR, del tiempo que duró la suspensión, para lo cual la Aseguradora realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.
- d) Cuando el servidor público obtenga laudo favorable ejecutoriado derivado de un litigio laboral, la Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas del plan básico por parte de la PGR, del tiempo que duró la suspensión, para lo cual la Aseguradora realizará el cálculo de primas y le informará por escrito a cuánto asciende el pago, la fecha límite para cubrirlo y la cuenta en donde tiene que depositarlo.

Lo previsto en los párrafos anteriores, es aplicable para los laudos o cualquier otra resolución que se notifique a la PGR dentro de la vigencia de la presente con tratación del servicio.

El pago retroactivo de la prima por parte del Asegurado y de la PGR, deberá ser en una sola exhibición.

Reinstalación de los servidores públicos cuando ganan juicios laborales

La Aseguradora aceptará el pago de primas retroactivas tanto del plan básico como del plan de potenciación y ascendientes, cuando exista un laudo favorable al servidor público en donde se ordene la reinstalación del servidor público a su trabajo.

Los efectos de esta cláusula estarán condicionados al laudo emitido por el Tribunal, por lo que, si el Tribunal ordena reinstalación con pago de salarios caídos y sus respectivas

prestaciones, se deberá de reinstalar desde la fecha en que ordene el juez o en caso de que no lo establezca el laudo desde la fecha en que fue separado del servicio y se deberán de pagar los siniestros ocurridos durante el periodo que duró el juicio laboral, con independencia de la vigencia de la presente contratación del servicio.

Esta cláusula aplica para los laudos que sean notificados a la PGR, dentro de la vigencia de la presente contratación del servicio.

Para lo cual la Aseguradora deberá calcular e informar a la PGR, el monto correspondiente del plan básico.

El pago de la prima (básica, potenciación y/o ascendientes) correspondientes, se realizará en una sola exhibición.

En todos los supuestos que se indican en esta cláusula, la Aseguradora estará obligada al pago de los siniestros ocurridos en el periodo de suspensión temporal de los efectos del nombramiento, una vez que el asegurado y/o Procuraduría General de la República hayan efectuado el correspondiente pago de primas.

VIGÉSIMA TERCERA.-RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

La aseguradora reconoce la antigüedad para todos los asegurados a partir de la fecha que se indica en cada caso en la base de datos que al inicio de vigencia proporcione la PGR.

Este reconocimiento de antigüedad se entenderá para eliminar períodos de espera para los padecimientos que se presenten posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la presente contratación del servicio, de acuerdo con lo estipulado en las condiciones de la PGR en el apartado de gastos cubiertos en periodo de espera, enfermedades y tratamientos cubiertos en periodo de espera.

Para obtener los beneficios que otorga la presente póliza y opere el reconocimiento de antigüedad con otras compañías aseguradoras sean pólizas de grupo o contratadas en forma individual deberá presentar copia de la póliza de grupo y el último recibo de pago de la póliza para el caso las individuales.

Derivado de los movimientos de cambio de plazas (Administrativos a Sustantivos) que realiza la PGR, la aseguradora deberá reconocer la antigüedad solicitada.

- El reconocimiento de antigüedad se otorga únicamente para reducir o eliminar el periodo de espera de aquellas coberturas sujetas a dicha condición; será reducción o eliminación de acuerdo al periodo que se haya tenido cubierto en otra aseguradora, exceptuando el padecimiento de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Derivado que a partir de 48 meses de vigencia continua en la cobertura de gastos médicos mayores para cada asegurado se cubren los gastos realizados por tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el asegurado afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier padecimiento relacionado con él, siempre que el virus del sida no haya sido detectado antes o durante los 4 años anteriores. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

- El reconocimiento de antigüedad, operará siempre y cuando, el asegurado no haya tenido periodos al descubierto mayores a 30 días entre la baja de la póliza y el alta en otra, en el entendido que se podrán solicitar altas y/o bajas con una retroactividad de 75 días naturales.

VIGÉSIMA CUARTA.- PRIVILEGIOS DE CONVERSIÓN (EX SERVIDORES)

Cualquier Asegurado (titular, cónyuge o concubina, concubinario, parejas del mismo sexo, o hijos y ascendientes) que haya sido excluido de este contrato, por dejar de pertenecer a la colectividad asegurada, tendrá derecho a que, si lo solicita a la Aseguradora por escrito, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja del seguro, le sea expedida una póliza individual de gastos médicos mayores por esta Aseguradora, quedando a su cargo el pago de la prima correspondiente, sin requerirse para ello pruebas de asegurabilidad.

La Aseguradora estará obligada a ofrecer al Asegurado, que deje de pertenecer a la colectividad Asegurada de este contrato, la opción de contratar un seguro individual bajo las mismas condiciones y nivel de hospitales establecidos en este contrato, con opción de poder modificar algunas coberturas, deducibles o coaseguros a solicitud del Asegurado y que reflejen un beneficio en el costo de la prima a pagar por el Asegurado.

La Aseguradora no solicitará requisitos de asegurabilidad en caso de que el Asegurado modifique alguna de las coberturas (al inicio de la contratación o en la renovación de la póliza individual) y tampoco para expedir la póliza individual bajo las mismas condiciones que tenía el asegurado cuando era servidor público.

En el caso de que dicho Asegurado ya contara con una reclamación, se continuará con el pago de los beneficios de conformidad con lo siguiente:

En caso de que el Asegurado tuviera contratado algún otro seguro de gastos médicos mayores con la Aseguradora a la fecha de alta a este contrato o, realizara un cambio de plan a un seguro individual o colectivo o de grupo, de gastos médicos mayores, su antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los 30 días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

En el primer supuesto, los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se dio de alta al presente contrato, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en ella.

En el segundo, o sea, cuando se cambie a un seguro individual o colectivo o de grupo, de gastos médicos mayores, quedarán cubiertos bajo los límites y condiciones establecidos en la nueva póliza.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de este contrato, se aplicarán los límites, deducible y coaseguro especificados en las Condiciones Generales y endosos de

este contrato, en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico. Estos padecimientos se continuarán pagando con el remanente de la suma asegurada, con la que inició el siniestro.

El escrito de solicitud a la Aseguradora para la expedición de una póliza individual de gastos médicos mayores deberá ser dentro de los 20 días naturales siguientes a la fecha en que fue dado de baja el asegurado. El inicio de la vigencia de dicha póliza individual será a partir de la fecha de baja de la colectividad asegurada. Lo anterior, es con la finalidad de evitar periodos al descubierto para el asegurado.

Los documentos que deberán proporcionar los asegurados para la emisión de la póliza individual son:

- a. Escrito del asegurado dirigido a la Aseguradora señalando la forma de pago elegida y su RFC con homoclave. Anexar copia de la cotización elegida.
- b.- Copias simples de:
 - Identificación oficial (IFE),
 - Comprobante de domicilio (recibo de teléfono o luz o predial) y
 - Aviso de baja u oficio emitido por Recursos Humanos de la PGR (características del oficio: papel membretado, incluir nombre, cargo y firma de la Persona que lo expide y el sello).

Con la finalidad de agilizar el proceso de contratación de la póliza individual de ex servidores la Aseguradora indica los datos completos (nombre, dirección, correo electrónico y teléfono) de al menos 2 personas que serán responsables de proporcionar la atención requerida por los asegurados en cuanto a cotizaciones, dudas y seguimiento de emisión de la póliza.

NOMBRE	PUESTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
ALEJANDRO ANDERSON GUTIÉRREZ	COORDINADOR DE CUANTAS DIRECTAS	aanderso@mapfre.com.mx	(01-55) 5230-7000 EXT. 6240
TANIA FIERRO REYES	EJECUTIVO DE CUENTA	tafierro@mapfre.com.mx	(01-55) 5230-7000 EXT. 6303

VIGÉSIMA QUINTA.-PRÓRROGA DE LA VIGENCIA

La Aseguradora se obliga a otorgar la prórroga de vigencia que establece el artículo 52 de la Ley Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, se podrán celebrar convenios modificatorios al contrato que se derive de esta contratación sin tener que recurrir a un nuevo proceso, y deberá formalizarse por escrito siempre que el monto total de las modificaciones no rebase en conjunto el 20% (veinte por ciento) del monto o cantidad de los

conceptos y volúmenes establecidos originalmente (sin considerar gastos de expedición) en los mismos, respetando las primas pactadas originalmente calculadas a prorrata. Asimismo, se cuente con la disponibilidad presupuestal correspondiente, modificaciones que podrán hacerse en cualquier tiempo, siempre y cuando se realicen antes de que concluya la vigencia de la presente contratación del servicio.

Con la finalidad de mantener unida a la colectividad del Seguro de Gastos Médicos Mayores, sólo se podrá ampliar la vigencia del servicio para todos los integrantes del contrato; es decir, no podrán hacerse modificaciones con sólo algunos participantes. Asimismo, cuando sea la PGR la que requiera modificar el presente contrato, con base en las atribuciones conferidas en su reglamento, respecto del control presupuestario de los servicios personales, lo solicitará a su área de Adquisiciones, para la elaboración del convenio modificatorio, mismo que formará parte integrante del contrato adjudicado y será firmado por todos los participantes en el marco de la Ley.

En caso de que la PGR requiera ampliar la vigencia del contrato, bastará con la notificación por escrito de la PGR a la Aseguradora, a fin de que continúe prestando el servicio en las mismas condiciones y primas pactadas originalmente.

VIGÉSIMA SEXTA.-ENDOSOS MODIFICATORIOS A LA PÓLIZA

Para cualquier modificación se requiere la autorización expresa de la PGR.

VIGÉSIMA SEPTIMA.-RECTIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

No aplica

VIGÉSIMA OCTAVA.-PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de la contratación del servicio, prescribirán en el plazo de 2 años establecido en el artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el artículo 82 de la misma Ley.

VIGÉSIMA NOVENA.-TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la contratación del servicio o antes si se presenta la terminación anticipada del presente contrato a solicitud de la PGR o por rescisión del contrato.

TRIGÉSIMA.-AVISOS Y NOTIFICACIONES

Todo aviso, notificación o reclamación relacionada con el presente seguro deberá hacerse a la PGR, relacionado con el asunto, marcándole una copia a la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales de la PGR, por escrito, en el domicilio que tenga conocimiento.

Los que se realicen a la Aseguradora por parte de la PGR se harán, por escrito en el domicilio que se establezca en la presente contratación del servicio.

TRIGÉSIMA PRIMERA.-ARBITRAJE

Procedimiento arbitral mediante arbitraje médico.

Para resolver las controversias que se susciten, el reclamante podrá optar en caso de que

le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de la Aseguradora, por acudir ante un arbitraje médico.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición, si no llegaren a ponerse de acuerdo sobre un solo árbitro, al dictamen de dos árbitros, uno nombrado por cada una de las partes, dentro de un mes calendario después de haber sido requerido por escrito para proceder así por cualquiera de las partes, o, en caso de que los árbitros no estuvieren de acuerdo, al dictamen de un tercero nombrado por escrito por los árbitros antes de entrar a conocer el caso.

El tercero actuará junto con los árbitros y presidirá sus reuniones. Los árbitros y el tercero deberán ser médicos calificados. El laudo arbitral será condición previa a cualquier derecho de acción contra la Empresa Aseguradora.

El costo de todos los árbitros será pagado por la Aseguradora si el Asegurado selecciona de la lista de árbitros que proporcione la Aseguradora, sin embargo éstos no formarán parte de la red médica, pero si el Asegurado decide seleccionar un árbitro fuera de la lista de médicos propuesto por la Aseguradora, los honorarios serán cubiertos por el Asegurado para el caso de su médico arbitral, en caso de seleccionar a un tercero el médico tercero será cubierto por la Aseguradora al 100%.

En cada procedimiento arbitral se determinarán los plazos correspondientes, entre el asegurado, la Aseguradora y el(los) árbitro(s) en el convenio correspondiente.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, el (los) árbitro(s) propuesto(s) para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, también fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. El laudo que se emita es obligatorio para la Aseguradora, no para el asegurado reclamante.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

Los médicos no deberán tener relación laboral, ni pertenecer a la Red Médica de la Aseguradora y deberán ser médicos reconocidos en su especialidad.

TRIGÉSIMA SEGUNDA.-COMPETENCIA

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

TRIGÉSIMA TERCERA.-ERRORES U OMISIONES

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información

entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del asegurado, la intención de esta cláusula es la de proteger en todo momento, por lo tanto el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.

TRIGÉSIMA CUARTA.- HORARIO DE ATENCIÓN A SINIESTROS

El servicio para atender enfermedades y accidentes en red médica, red de hospitales y médico coordinador, se deberá proporcionar el servicio durante toda la vigencia del contrato, las 24 horas sin interrupción alguna.

El horario de atención para el servicio de administración de reclamaciones y pagos, así como para la orientación a los asegurados, se proporcionará en días y horas hábiles, durante la vigencia de la póliza. El servicio de atención a los asegurados vía telefónica se otorgará las 24 horas durante toda la vigencia de la póliza. El servicio de atención personal y recepción de documentación, deberá ser durante los días hábiles en el horario de atención al público en general, el servicio de lunes a viernes será no menor de 6 horas.

Para atender las diversas solicitudes, la Aseguradora prestará el servicio en:

Módulo 1: Oficina de la Policía Federal Ministerial, ubicadas en Av. de la Moneda No. 333, Col. Lomas de Sotelo, Del. Miguel Hidalgo, Ciudad de México, a un costado del banco HSBC, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

modulopfm@mapfre.com.mx

Módulo 2: Oficina de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, ubicado en Av. Insurgentes Sur No. 16 Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, Planta baja, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

modulorh@mapfre.com.mx

Módulo 3: Oficina de la Coordinación General de Servicios Periciales, ubicadas en Av. Río Consulado No. 715, Colonia Santa María Insurgentes, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06430 Ciudad de México, a los asegurados de la PGR, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

modulocgsp@mapfre.com.mx

Módulo 4: Oficina de la Subprocuraduría Especializada en Investigación de Delincuencia Organizada, ubicadas en Av. Paseo de la Reforma No. 72, Colonia Guerrero, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06300 Ciudad de México, a los asegurados de la PGR, con un horario de 09:00 a 18:00 hrs. de lunes a jueves y los viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

moduloseido@mapfre.com.mx

TRIGÉSIMA QUINTA.-DESCRIPCIÓN Y ALCANCES DEL SERVICIO

Otorgar los servicios médicos para el caso de accidentes y/o enfermedades que requieran tratamiento médico, cirugía u hospitalización, que puedan sufrir los servidores públicos

titulares de esta colectividad, conforme las diferentes sumas aseguradas dependiendo del nivel, es decir, que la prestación otorgada a los servidores públicos respectivos de la PGR, se refiere a la suma asegurada del plan básico, así como a su cónyuge, concubina o concubinario, pareja del mismo sexo, hijo(s) menores de 25 años y ascendientes (padre y/o madre) del asegurado titular hasta 85 años.

Se otorgará el servicio a los asegurados a través de hospitales en la República Mexicana; así como a través de médicos titulados y legalmente autorizados que otorguen el servicio en sus consultorios o en hospitales y sanatorios privados y/o públicos. Así mismo, la atención médica, dependiendo de la urgencia, se podrá dar en hospitales públicos como es el caso de Cardiología, Nutrición, IMSS, Hospitales Estatales, para este esquema de aseguramiento la aseguradora establecerá los acuerdos que correspondan con dichas Instituciones o Nosocomios y/o Instituciones privadas y médicos según corresponda.

Cuando se realice una reclamación y la Aseguradora la dictamine procedente, la deberá cubrir bajo el concepto de Honorarios Médicos, conforme al Catálogo de Intervenciones Quirúrgicas y de acuerdo con el sistema de indemnización que le corresponda a la reclamación. En dicho anexo se establecen los gastos cubiertos de honorarios quirúrgicos, anestesista, ayudantes, consultas médicas y honorarios de enfermeras.

Se amparan los gastos que se originen por concepto de los servicios médicos por accidentes y/o enfermedades que requieran tratamiento médico, cirugía u hospitalización, que puedan sufrir los asegurados, conforme las diferentes sumas aseguradas, dependiendo del nivel jerárquico, es decir, que la prestación otorgada a los asegurados, se refiere a la suma asegurada del plan básico, o en su caso, a la suma asegurada potenciada.

En caso de que no se preste la atención oportuna a los asegurados, se les niegue o exista alguna reclamación de pago a los mismos, por incumplimiento por parte de la Aseguradora, su red de médicos y hospitales, la Aseguradora deberá pagar los gastos incurridos, a más tardar en 2 días hábiles posteriores a la notificación de éste hecho, lo cual deberá acreditar e informar a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, de no hacerlo, será causa de rescisión del contrato.

Derivado de las funciones de alto riesgo que el personal de la colectividad de esta póliza realiza continuamente, exclusivamente se le brindará el apoyo económico adicional a los Titulares que hayan agotado la suma básica contratada para su atención médica, en los casos que sean lesionados en cumplimiento de su deber (vinculados a la naturaleza de sus actividades), previa revisión de las Direcciones de Servicios Médicos y Prestaciones, pertenecientes a la Dirección General Adjunta de Servicios al Personal, quedando excluidas las enfermedades o padecimientos.

Para este tipo de apoyo, cuando ocurran estos siniestros y exclusivamente en aquellos casos en que el Titular agote la suma asegurada básica o requiera el servicio de apoyo psiquiátrico, se solicitará la autorización por escrito a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización o quien ésta designe, previa solicitud del Titular del área de la adscripción del servidor público afectado que se encuentre en servicio activo.

El apoyo de los recursos será con cargo al presupuesto que se tiene autorizado para la cobertura de esta póliza y sujeto a la disponibilidad presupuestaria que cubra este tipo de ayuda.

Se podrán autorizar pagos parciales o complementarios para aquellos casos que sean comprobables como consecuencia de los siniestros o secuelas que se hayan presentado, siempre y cuando exista una solicitud o nota por escrito y justificar, y en su caso documentar dicha solicitud por la Unidad Administrativa, se podrá continuar apoyando con el costo del tratamiento médico que así lo amerite.

La regulación, control y operación para la autorización de estos casos de urgencias médicas serán bajo los términos y condiciones establecidos por la Dirección General Adjunta de Servicios al Personal dependiente de la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, de acuerdo al documento interno que se tiene autorizado denominado “Procedimiento que se tiene establecido para la autorización de apoyo económico de casos especiales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para el Personal Sustantivo cuando la suma asegurada básica sea agotada”. (Quedando excluidas las enfermedades o padecimientos).

Bajo estas disposiciones, las unidades administrativas pertenecientes a la colectividad deberán sujetarse y no tendrán ninguna prerrogativa en la gestión y autorización siendo, la Dirección de Servicios Médicos y/o Prestaciones la ventanilla única en autorizar los casos, en coordinación con el área Médica que determine la Aseguradora.

Para estos casos el procedimiento que empleará la Aseguradora, será a través de su Coordinación Médica, donde notificará inmediatamente a la Dirección de Prestaciones, cuando el asegurado se encuentre a punto de agotar la Suma Autorizada Básica, anexando para ello, el formato de solicitud de autorización de complementos y en su caso, resúmenes médicos del padecimiento y estado de cuenta a la fecha de la solicitud”. De conformidad a la(s) autorización(es) de los casos especiales del Seguro de Gastos Médicos Mayores para Personal Sustantivo, para estos asuntos una vez que se haya enviado la autorización de acuerdo al procedimiento establecido por la contratante del servicio, deberán de realizar por parte de la Aseguradora, las gestiones necesarias para el egreso inmediato del asegurado, derivado que se cumple al otorgar la garantía del pago. Es dable señalar, que la Aseguradora es la responsable de informar al área de seguros en todos los casos, el agotamiento de sumas aseguradas de los siniestros aperturados derivado que ésta es el primer contacto que se tiene con el asegurado-hospital-aseguradora-área de seguros, para que de manera inmediata, la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, tome las acciones necesarias, siendo o no un caso especial. La Aseguradora cubrirá los gastos que excedan la suma asegurada básica y posteriormente, serán requeridos a la PGR en los ajustes correspondientes. El pago de estos casos se hará trimestralmente, por las reclamaciones presentadas en el trimestre.

La aseguradora deberá entregar la red completa de la cual disponga, así como hospitales, farmacias, laboratorios y todo aquello que tenga convenio vigente y sin adeudos con la aseguradora para ofrecer el servicio para el uso de los asegurados descritos en la presente contratación del servicio, con cobertura nacional.

En el entendido que deberá presentar la transcripción completa del anexo que corresponda, incluyendo todos y cada uno de los cambios derivados en la junta de aclaraciones, los

licitantes aceptan el cumplimiento total de cada uno de estos requerimientos contenidos en la presente contratación. Toda la red de la cual disponga, la aseguradora deberá presentarla en medio magnético (CD, la cual deberá estar a disposición de los integrantes del grupo asegurable, descrito en el presente anexo.

La aseguradora deberá de apoyar para que en aquellos hospitales y/o clínicas donde no estén en convenio realicen las gestiones pertinentes para operar el pago directo o reembolso correspondiente.

La aseguradora deberá de realizar las gestiones necesarias para que en aquellos hospitales y/o clínicas donde no estén en convenio realicen las gestiones pertinentes para operar el pago directo y/o reembolso, sin tener de forma previa la sugerencia de PGR.

La aseguradora es responsable del pago directo a los prestadores de servicios y/o reembolso al asegurado por los gastos efectuados con motivo del tratamiento de un accidente, enfermedad o padecimiento cubiertos por la póliza de seguro contratada. Así como por la capacidad de los médicos y hospitales de su red, pues es la aseguradora que con base en sus propias políticas es la responsable de seleccionar prestadores de servicios de alta capacidad y especialidad así como verificar que los médicos y hospitales que ha seleccionado como parte de su red sean adecuados para cumplir adecuadamente con los niveles de servicios que los asegurados requieren con base en los términos y condiciones de la póliza.

El monto para prestadores de servicios fuera de la red, será el mismo al que la aseguradora tenga bajo convenio de pago directo, que corresponda a servicios de la misma especialidad o categoría.

El asegurado es libre de acudir con los prestadores de servicios médicos de su elección.

La aseguradora no realizará ningún tipo de proposición o sugerencia para cambio de médico tratante y/o hospital para la atención de los asegurados.

El apoyo adicional a los titulares que hayan agotado la suma básica y/o potenciada contratada será previa autorización de la dirección general de recursos humanos y organización, para su atención médica, en los casos que sean lesionados en cumplimiento de su deber, y que el servidor público afectado se encuentre en servicio activo. Cuando se utilicen médicos que no pertenezcan a la red y acepten el tabulador de pago directo, se considerarán como médicos de la red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios médicos.

Si el tiempo durante el que estuvo internado el asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza la Aseguradora, ésta deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados por el asegurado, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ).

Para todos los lugares no relacionados en la Tabla de Médicos Coordinadores u Oficinas de Atención, la Aseguradora deberá proporcionar el número telefónico al que podrán llamar los asegurados para reportar ingresos a los hospitales en convenio.

Con la finalidad de mantener vigente la información de los médicos coordinadores y/o oficinas, la Aseguradora actualizará conforme a los cambios que se presenten por medio de Internet y a través del centro de atención telefónica.

A continuación se relacionan las funciones del médico coordinador o de la persona encargada de la oficina de atención (estas funciones son enunciativas más no limitativas):

- a)** Recibir reportes de ingresos hospitalarios.
- b)** Obtener toda la información médica del asegurado afectado (expediente hospitalario).
- c)** Identificar al asegurado (identificación oficial vigente con fotografía).
- d)** Revisar toda la documentación inherente al ingreso.
- e)** Solicitar información adicional al médico tratante (en caso necesario).
- f)** Elaborar el análisis y dictamen médico.
- g)** Reportar el ingreso del asegurado afectado a la oficina matriz de la Aseguradora.
- h)** Dar respuesta al asegurado, en un lapso no mayor a 24 horas a partir de que reciba el reporte de ingreso hospitalario, de la procedencia o rechazo del siniestro, siempre y cuando haya un diagnóstico definitivo emitido por el médico tratante. Esta respuesta se hará en una carta de autorización o de rechazo de pago directo.
- i)** Entregar al hospital la carta autorización del siniestro, en caso de ser procedente.
- j)** Informar y aclarar al paciente o a sus familiares, cualquier duda relacionada con el dictamen del siniestro y sobre los gastos no cubiertos durante su estancia hospitalaria.
- k)** Recibir documentación para los trámites de cirugía programada en horarios hábiles (lunes a viernes, al menos 6 horas diarias). Dar respuesta en 4 días hábiles.
- l)** Programación de sesiones de quimioterapia, rehabilitación y cirugías de corta estancia.
- m)** Si el médico tratante no es de red, el médico coordinador o encargado de oficina intentará la negociación de los honorarios médicos de acuerdo al tabulador del contrato.
- n)** Revisión de documentos para trámites de reembolso. Si están completos los recibe para trámite y respuesta en 4 días hábiles (ya sea autorización, información adicional o rechazo).

Los médicos coordinadores o las personas encargadas de las oficinas de atención, deberán proporcionar atención personalizada al menos en los ingresos hospitalarios de la zona que tengan a su cargo.

Las principales funciones o servicios de los módulos y/o oficinas de atención son:

- Entrega de formatos (Informe Médico, Aviso de Accidente o Enfermedad, Solicitud de Reembolso).
- Orientación y asesoría general de la presente contratación del servicio de Gastos Médicos Mayores.
- Atención y gestión completa en los trámites de pago directo, incluyendo los de corta estancia (menor a 24 horas).
- Revisión del expediente clínico del asegurado afectado, facturas correspondientes y estado de cuenta al alta del mismo.
- Atención en los trámites de Programación de Cirugía en cualquier hospital en convenio.

Entrega de la carta autorizando la cirugía.

- Recepción de los recibos de honorarios de los médicos y entrega de los cheques correspondientes.
- Recepción de documentos para trámite de reembolso.

Si el asegurado presenta alguna queja por escrito a la PGR de la mala atención recibida y existen elementos presuntivos de los hechos que alude el asegurado, la PGR solicitará a la Aseguradora, su atención puntual y corregir la falta.

La Aseguradora deberá presentar la relación de médicos coordinadores u oficinas de atención y los módulos en los hospitales o personas habilitadas por hospital, obligatoriamente en medio magnético.

La información solicitada deberá incluir:

- I. Nombre del médico coordinador o persona habilitada o responsable del módulo en el hospital;
- II. Dirección completa;
- III. Teléfono y/o móvil;
- IV. Ciudad, y
- V. Entidad Federativa.

En caso de que el asegurado solicite un convenio con su médico, el cual no está adscrito a la red, la Aseguradora deberá aceptar dicho convenio, siempre y cuando el médico no adscrito acepte el tabulador de pago directo que utiliza dicha Aseguradora. En tal sentido, los médicos que acepten el tabulador de la Aseguradora se considerarán como médicos de red, es decir, para estos casos se deberá eliminar el coaseguro sobre los honorarios del médico.

Si el tiempo durante el que estuvo internado el asegurado afectado no fue suficiente para llevar a cabo el convenio con el médico no adscrito, y dicho médico acepta ajustarse al tabulador de pago directo que utiliza la Aseguradora, ésta deberá realizar el reembolso de los gastos efectuados por el asegurado, incluyendo la devolución del coaseguro que se le cobró en su momento por no tener el médico en convenio, siempre y cuando el reembolso no exceda los honorarios especificados en la Tabla de Honorarios Quirúrgicos (THQ). En este caso, el médico que aceptó el tabulador de la Aseguradora, también será considerado como médico de red.

La Aseguradora deberá entregar, la red completa, así como hospitales, farmacias, laboratorios y todo aquello que tenga convenio vigente y sin adeudos con la Aseguradora para ofrecer el servicio para el uso de los asegurados descritos en la presente contratación del servicio, con cobertura Nacional.

TRIGÉSIMA SEXTA.-ERRORES U OMISIONES

Queda entendido que cualquier error u omisión accidental en la descripción o información entregada para la cobertura, no perjudicará los intereses del asegurado, la intención de esta cláusula es la de proteger en todo momento, por lo tanto el error será corregido al ser descubierto y en caso de que amerite se harán los ajustes de prima correspondientes, sin afectar el pago de siniestros.



PGR

PROCURADURÍA GENERAL
DE LA REPÚBLICA



TELÉFONOS
DE NUESTRA CENTRAL MÉDICA

5246-7502 ó 01-800-36-500-24