

**POLIZA 609 – ECOLAB, S.A.**  
**VIGENCIA 01 AGOSTO 2,018 AL 01 AGOSTO 2,019**

ROBLERED			
PAGO DIRECTO	TIPO	COASEGURO	+ COPAGO
Ambulatorio	Consulta Externa RobleRed	Q. 60.00	No Aplica
	Consulta Externa Sermesa	Q. 60.00	No Aplica
	Medicamentos	20%	Q. 300.00
	Laboratorios, Rayos X y Exámenes Especiales de Diagnóstico		
	Sermesa-La Paz	20%	Q. 300.00
	Resto de Laboratorios	20%	Q. 300.00
	Procedimiento Programado en Clínica/Hospital de Proveedor Afiliado	20%	Q. 300.00
	CAMPI (Proveedor Blue Medical)		
	<u>No aplica Deducible</u>		
	Laboratorios y Exámenes de Diagnóstico	10%	No Aplica
	Medicamentos	20%	Q. 300.00
	Consulta Externa	No Aplica	Q. 40.00
	Emergencias que no requieren hospitalización ni intervención quirúrgica	10%	No Aplica
PAGO DIRECTO	TIPO	COASEGURO	+ COPAGO
Hospitalario	<b>Hospitales "A" Habitación Semiprivada y Centro Hospitalario La Paz Zona 14 Américas</b>		
	Emergencias	20%	Q.750.00
	De 1 a 3 Días	20%	Q.750.00
	De 4 a 7 Días	20%	Q.750.00
	De 8 Días o más	20%	Q.750.00
	<b>Herrera Llerandi Habitación Privada y Semiprivada</b>		
	Emergencias	20%	Q.750.00
	De 1 a 3 Días	20%	Q.750.00
	De 4 a 7 Días	20%	Q.750.00
	De 8 Días o más	20%	Q.750.00
	<b>Hospitales "B " Habitación Semiprivada o Colectiva</b>		
	Emergencias	10%	Q. 750.00
	De 1 a 3 Días	10%	Q. 750.00
	De 4 a 7 Días	10%	Q. 750.00
	De 8 Días o más	10%	Q. 750.00
	<b>Hospitales Sermesa (Novicentro, Ciudad Vieja, Eskala, Cedros y Occidente)</b>		
	Emergencias	10%	Q. 750.00
	De 1 a 3 Días	10%	Q. 750.00
	De 4 a 7 Días	10%	Q. 750.00
	De 8 Días o más	10%	Q. 750.00

La red de proveedores afiliados puede ser modificada por la Compañía Aseguradora con previa notificación, con 15 días de anticipación.



7a. Avenida 5-10 zona 4,  
Centro Financiero,  
Torre II, Nivel 16  
Guatemala, C.A.  
Código Postal 01004  
Apartado Postal 2513  
PBX: (502) 2420-3333

**POLIZA 609 – ECOLAB, S.A.**  
**VIGENCIA 01 AGOSTO 2,018 AL 01 AGOSTO 2,019**

Hospitales "C y Departamentales" Habitación Semiprivada o Colectiva		
Emergencias	No aplica	Q. 500.00
De 1 a 3 Días	No aplica	Q. 700.00
De 4 a 7 Días	No aplica	Q. 1,200.00
De 8 Días o más	No aplica	Q. 1,800.00

**IMPORTANTE**

**AMBULATORIO**

- **Consulta Externa:** aplica únicamente Copago.
- **Medicamentos, Laboratorios y Procedimiento Programado en Clínica/Hospital de Proveedor Afiliado:** Para poder acceder a los servicios del Programa de Pago Directo, la cantidad de Deducible indicada en la póliza deberá ser satisfecha por el asegurado en su totalidad a través de la vía de reembolso convencional.

**HOSPITALARIO**

- **Emergencia en una Institución Hospitalaria:** aplica únicamente Copago/Coaseguro
- **Hospitalización:** El deducible es independiente de las condiciones establecidas en la póliza respecto a copagos y coaseguros aplicables en la modalidad de pago directo, al momento de una hospitalización se aplicará el 100% del deducible contratado en la póliza, independientemente si este ha sido cubierto parcialmente a través de un reclamo presentado anteriormente a la Compañía, en caso de existir un excedente de deducible el asegurado podrá solicitar la devolución de dicho excedente por medio de una carta.

Guatemala, 02 de agosto del 2,018  
dbarrios

La red de proveedores afiliados puede ser modificada por la Compañía Aseguradora con previa notificación, con 15 días de anticipación.