

Preguntas Frecuentes para la atención de colectivos de Salud

1. **Tengo un seguro médico. ¿A qué está obligada la compañía de seguros?** La compañía está obligada a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al realizarse la eventualidad prevista en el contrato (en este caso la enfermedad cubierta), siempre y cuando el contratante haya pagado la prima correspondiente. (Art. 874 del Código de Comercio)

2. **¿Cuánto tiempo tengo para presentar un reclamo convencional por gastos médicos?** El plazo máximo en que debe estar ingresado el reclamo completo en la compañía de seguros, es hasta dos años, contados a partir de efectuado el gasto. (Art. 916 del Código de Comercio)

3. **¿Está la compañía de seguros obligada a efectuar el pago directo a los proveedores, por los gastos incurridos o a tener una red de proveedores?** No. La red de proveedores y el pago directo, es una facilidad o valor agregado al contrato que ofrecen las compañías aseguradoras, para beneficio de los asegurados, mas no está normada en los contratos de seguros.

4. **¿Es necesario, en caso de reclamo por hospitalización, presentar el detalle hospitalario?** Si, ya que en él está listado el valor que el hospital cobró por cada uno de los rubros, mismo que sirve de base para la liquidación adecuada del reclamo.

5. **¿Tiene la compañía derecho a solicitar información o documentos adicionales a los presentados con el formulario de reclamo?** Si. Si la compañía necesita profundizar o determinar ciertas circunstancias o consecuencias del evento, está facultada legalmente a pedir al asegurado o beneficiario, información adicional sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 897 del Código de Comercio)

6. **¿Qué criterio usan las aseguradoras para cubrir los exámenes preoperatorios?** Aunque son de naturaleza preventiva, los exámenes preoperatorios de carácter ambulatorio que se requieren previos a cirugías programadas, pueden ser cubiertos siempre y cuando se realicen con un lapso de 3 a 5 días de anterioridad al internamiento (independientemente de que se hayan realizado por pago directo o por reclamo convencional). En caso de procedimientos quirúrgicos de emergencia, sí pueden cubrirse los exámenes preoperatorios aun cuando hubieran sido practicados en el hospital.

7. **¿Es garantizado que todos los médicos de la red aceptarán la utilización del seguro? / ¿Hay posibilidad de que un médico que no aparece en el listado de la red me acepte el cupón de seguro?** Los médicos afiliados, firman un convenio para trabajar con la compañía de seguros y aceptar el pago directo; no obstante, se sugiere que antes de visitar al médico, se cerciore telefónicamente al hacer su cita, que el médico está aceptando trabajar con seguro ya que, eventualmente, podría suceder que algún médico hubiese decidido no continuar trabajando bajo convenio. De la misma manera, hay médicos que no estaban trabajando con seguros y se afilian antes de que sea publicada la última actualización de red.

8. **¿Cómo sé cuáles son los proveedores de la red?** Si está en una póliza colectiva, generalmente su departamento de RRHH tiene la red vigente, ya que esta es actualizada periódicamente. Si está en una póliza individual o si estando en una colectiva no cuenta con la red actualizada, puede escribir a su ejecutivo de cuenta, quien gustosamente la enviará por correo electrónico, o bien, ingresar a nuestra página web www.promotoresunity.com.

9. **Si no tengo un formulario para pago directo o para reclamo convencional, ¿Cómo puedo obtenerlo?** Si usted es colaborador de una empresa, puede solicitarlo a su departamento de RRHH, o bien, por correo electrónico a su ejecutivo de cuenta. También puede utilizar nuestra página web www.promotoresunity.com.

10. ¿Qué hacer para evitar que no me cubran algún medicamento debido a que no está relacionado con el diagnóstico indicado en el formulario de reclamo? Es importante que cuando su médico le recete, usted esté enterado para qué sirven los medicamentos y si hay alguno que no sea para curar la enfermedad por la que está consultando, el médico anote también el segundo diagnóstico en el formulario. De esa manera, no tendrá problemas.

11. ¿Qué diferencia hay entre deducible, coaseguro y copago?

- **Deducible.** Es la cantidad fija que corresponde absorber al asegurado como contribución a sus gastos durante el año calendario, para gastos efectuados en Centroamérica. Para gastos efectuados fuera de Centroamérica en el caso de las pólizas con cobertura mundial, el deducible suele aplicarse por evento (por reclamo o enfermedad), considerándose un evento distinto cada 90 días.

- **Coaseguro.** Es la porción porcentual en la que participan en cada gasto efectuado, la aseguradora y el asegurado. Generalmente el coaseguro va en relación 80/20 para gastos incurridos en Centroamérica, lo que significa que la aseguradora participará en un 80% y el asegurado en un 20%. Fuera del territorio centroamericano el coaseguro suele ir en proporción 75/25; sin embargo, es importante que cada asegurado revise las proporciones de coaseguro en su póliza.

- **Copago.** El copago opera únicamente cuando se utiliza la red de proveedores que acepta el pago directo y usualmente es una cantidad fija previamente pactada en el contrato de seguro. En algunas ocasiones el copago y el deducible son excluyentes entre sí, aunque no en todos los casos.

12. Si se extravía o no se cuenta con el certificado de seguro, ¿La compañía paga en caso de fallecimiento? Si. La no existencia de un certificado de seguro no implica la pérdida del derecho. Puede pedirse, en el momento que sea necesario, un duplicado, el cual tendrá el mismo valor que el original. (Art. 891 del Código de Comercio)

13. ¿Cuánto tiempo tengo para presentar un reclamo en caso de fallecimiento del titular? Hasta dos años; no obstante, si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará hasta cinco años, contados desde el momento del fallecimiento del asegurado. (Art. 917 del Código de Comercio)