

POLIZA 899 – INGENIO PALO GORDO, S.A.
VIGENCIA 01 DE FEBRERO 2,019 AL 01 FEBRERO 2,020

PAGO DIRECTO			
RED PARA TODOS LOS PLANES			
PAGO DIRECTO	TIPO	COASEGURO	+ COPAGO
Ambulatorio	Consulta Externa		
	Roblered	No Aplica	Q. 60.00
	Sermesa La Paz	No Aplica	Q. 60.00
	Medicamentos	20%	Q. 200.00
	Laboratorios, Rayos X y Exámenes Especiales de Diagnóstico		
	Sermesa – La Paz	20%	Q. 200.00
	Resto de Laboratorios	20%	Q. 200.00
	Procedimientos Especiales		
	Programados en clínica y hospital de proveedor afiliado, incluyendo Gastroscoopia y Colonoscopia	20%	Q. 200.00
	BLUE MEDICAL (No Aplica Deducible)		
	Consulta Externa	No Aplica	Q.40.00
	Medicamentos	20%	Q. 200.00
	Laboratorios y Exámenes de Diagnóstico	20%	Q. 200.00
	Emergencias que no requieren hospitalización ni intervención quirúrgica	20%	Q. 200.00

PAGO DIRECTO	TIPO	COASEGURO	COPAGO
Hospitalario	Hospitales "A" Habitación Semiprivada		
	Emergencias	No Aplica	Q. 500.00
	De 1 a 3 Días	25%	Q. 500.00
	De 4 a 7 Días	25%	Q. 500.00
	De 8 Días o más	25%	Q. 500.00
	Herrera Llerandi		
	Emergencias	De acuerdo a la habitación	Q. 500.00
	Habitación Privada	30%	+ Copago
	Habitación Semiprivada o Colectiva	25%	+ Copago
	De 1 a 3 Días	De acuerdo a la habitación	Q. 700.00
	De 4 a 7 Días	De acuerdo a la habitación	Q. 1,200.00
	De 8 Días o más	De acuerdo a la habitación	Q. 1,800.00

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

POLIZA 899 – INGENIO PALO GORDO, S.A.
VIGENCIA 01 DE FEBRERO 2,019 AL 01 FEBRERO 2,020

Hospitalario	Centro Hospitalario La Paz Zona 14 Américas		
	Emergencias	No Aplica	Q. 500.00
	De 1 a 3 Días	25%	Q. 500.00
	De 4 a 7 Días	25%	Q. 500.00
	De 8 Días o más	25%	Q. 500.00
	Hospitales "B " Habitación Semiprivada o Colectiva		
	Emergencias	No Aplica	Q. 250.00
	De 1 a 3 Días	10%	Q. 500.00
	De 4 a 7 Días	10%	Q. 500.00
	De 8 Días o más	10%	Q. 500.00
	Hospitales Sermesa La Paz		
	Hospitales C y Hospitales Departamentales, Habitación Semiprivada o Colectiva		
	(*) Emergencias	No Aplica	Q. 150.00
	(*) De 1 a 3 Días	No Aplica	Q. 500.00
	(*) 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:** 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.
- **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, 31 de enero de 2,019

dfrancia

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