

Gastos **no cubiertos**

Los gastos **no cubiertos** dependen de las Condiciones Generales vigentes de tu plan de salud contratado. A continuación, te compartimos algunos **gastos que no se cubren en una hospitalización**:



Banco de sangre (pruebas cruzadas, estudios del donador, pruebas de compatibilidad, cargos por unidad trasfundida, así como de cargos por recuperación de insumos de sangre).



Todos los estudios de laboratorio y gabinete que no tengan relación con el padecimiento actual.



Tratamiento, valoración o consulta médica de especialidad que no guarde relación con el padecimiento autorizado por **Plan Seguro**, cualquiera que este sea.



Escalamiento de habitación (la diferencia será cubierta por el asegurado).



Exclusiones generales como: días de hospitalización adicionales a los autorizados por la aseguradora, paquetes de admisión, llamadas telefónicas (locales o larga distancia), cualquier gasto del acompañante o familiar del paciente, agua embotellada, caja fuerte, alimentos extra (paciente o acompañante) medias elásticas (TED), almohadas adicionales, colchón o sábana térmica, cobijas, batas, pantuflas, toallas, cómodo o riñón desechable, estacionamiento, flores, regalos, periódicos, gasolina, peluquería, barbería, pedicurista, reposición de aparatos ortopédicos y/o prótesis, recolector de punzocortantes.



Artículos para el cuidado personal y de belleza: brazalete de identificación, shampoo, cepillo y pasta dental, enjuagues, cremas corporales, perfumes, rastrillos en uso de cirugía navajas o rastrillos de uso personal, cosméticos, peines, hisopos y/o aplicadores, desodorantes, toallas faciales, pañal de adulto (previa autorización médica).



Gastos del recién nacido: atenciones pediátricas, medicamentos y artículos en general para el bebé (excepto cuando se cuente con plan contratado antes del nacimiento) en caso de autorizarse, el médico visitador lo anotará en la carta pase al hospital.



Generales: pañales (todas las marcas y tamaños), leche o formula, aceite, talco, crema, shampoo, esponja, jabón (cualquier tipo), pomada, cinta umbilical, fotografía o video del bebé, catéter de alimentación pediátrica.



Este listado es solo un ejemplo de lo no cubierto, se deben consultar las **Condiciones Generales** de cada plan de salud.

