

ESQUEMA REGIONAL (DÓLARES)	
ASOCIACIÓN SOLDARISTA DE EMPLEADOS DE RECKITT BENKISER CENTROAMERICANA	
POLIZA 02-01-GFG-515	
RENOVACION ENERO 2021	
DEDUCIBLE ANUAL. Máximo 3 deducibles por familia. (Aplica para gastos ambulatorios y hospitalización fuera de red y para medicamentos dentro y fuera de red).	
Nota Importante: a) Todos los gastos médicos con montos iguales o superiores a \$300 deberán ser pre-autorizados por el INS, a excepción de los medicamentos, estos no requieren preautorización, los cuales serán pagados vía reembolso.	
b) La suma asegurada en las distintas coberturas básicas y sublimitadas no puede superar el total del beneficio máximo anual por persona indicado en este esquema.	
Acumulación de deducible anual	\$100
Beneficios y coberturas	Opción de
Ámbito de Cobertura	Regional
Beneficio máximo anual por persona	\$50.000
A partir de los 70 años	\$15.000
COBERTURAS BÁSICAS	
1- Gastos Médicos Ambulatorios por Accidente y/o Enfermedad	\$50.000
a. Honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias	
b. Exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales	
c. Gastos por accidentes dentales.	
d. Medicamentos.	
e. Gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24 horas al 100%)	
2-Gastos Médicos por Hospitalización y Cirugía	\$50.000
a. Honorarios médicos por cirugía	
b. Habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivo	
c. Sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos.	
d. Exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados	
e. Medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos	
f. Una visita médica hospitalaria diaria	
g. Cirugías ambulatorias	
h. Prótesis quirúrgicas	\$50.000
i. Prótesis quirúrgicas a partir de los 70 años	\$15.000
COBERTURAS SUBLIMITADAS	
Trasplante de órganos (Monto Vitalicio)	\$25.000
Trasplante de órganos a partir de los 70 años (Monto Vitalicio)	\$15.000
Aparatos de apoyo	\$2.000
Cuidados en el Hogar	Máximo 30 días por año póliza
Terapias	Máximo 20 sesiones por evento
Tratamiento de Alergias	Hasta el monto asegurado contratado pruebas diagnósticas o panel de alergias: máximo \$150
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	\$1.000
Enfermedades epidémicas o pandémicas	\$2.000
Práctica recreativa de buceo	\$50.000
Práctica recreativa de buceo a partir de los 70 años	\$15.000
Práctica recreativa de fútbol	\$2.500
Deportes	\$2.500
Transporte en ambulancia aérea	\$10.000
Transporte en ambulancia terrestre	Cubierto según contrato
Transporte por evacuación (Aplica sólo en Centroamérica)	100%
Lentes o anteojos (Sólo Asegurados Directos)	\$150
Otros beneficios	
Preexistencias	\$50.000
a. Para los asegurados actuales de la póliza de INS Medical Regional 02 01 GFG 515, se cubrirán las preexistencias (padecimientos excluidos) al ochenta por ciento (80%), hasta por un monto de \$50.000.	
Esta cobertura aplicará una vez superado el período de carencia de 6 meses contados a partir del 01-12-2016.	
b. Para los nuevos asegurados se cubrirán las preexistencias declaradas al ochenta por ciento (80%), hasta por un monto de \$50.000.	

ESQUEMA REGIONAL (DÓLARES)	
ASOCIACIÓN SOLDARISTA DE EMPLEADOS DE RECKITT BENKISER CENTROAMERICANA	
POLIZA 02-01-GFG-515	
RENOVACION ENERO 2021	
Esta cobertura aplicará una vez superado el período de carencia de 6 meses contados a partir de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.	
Para ambos casos se cubrirán las preexistencias, siempre que no se encuentren excluidas en el contrato, según se indica en las Cláusulas de Gastos Excluidos y Riesgos Excluidos, ni se encuentren en período de carencia. Estas preexistencias deben ser declaradas en el formulario de inclusión.	
Beneficios de Descuentos para Gimnasios (Asegurado Directo y 3 personas adicionales a elección de asegurado)	A través de la Red de Centros de Entrenamiento. Según anexo
GASTOS CON HOSPITALIZACIÓN	
Importante	
a. Los gastos por hospitalización incurridos dentro de la red de proveedores del INS no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para la liquidación se aplica el coaseguro.	
b. Los gastos hospitalarios fuera de la red de proveedores si acumulan deducible anual	
En Costa Rica y Centroamérica -Dentro de la Red de Proveedores- (Pago Directo)	
Se aplica un coaseguro del	20%
Desembolso Máximo Anual: Participación máxima del Asegurado por concepto de coaseguros de hospitalización. Aplica sólo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza.	
Costa Rica y Centroamérica	\$2.500
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores- Preautorizado (Reembolso: con los	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	30%
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores - Sin Preautorización (Reembolso)	
Fuera de la Red de Proveedores Costa Rica y Centroamérica (Reembolso).	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	40%
Fuera de Centroamérica (Reembolso con los costos de servicios médicos de Centroamérica)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$1.000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$1.500
Se aplica un coaseguro del	30%
GASTOS AMBULATORIOS	
Importante:	
a. Los gastos ambulatorios incurridos dentro de la red de proveedores del INS no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante, para la liquidación si se les aplica en consulta el copago y el coaseguro en los demás gastos	
b. Los gastos ambulatorios incurridos fuera de la red de proveedores del INS, sí acumulan para el deducible anual.	
c. Los gastos incurridos por medicamentos dentro o fuera de la red de proveedores del INS, acumulan para el deducible anual y deberán ser tramitados por reembolso.	
En Costa Rica -Dentro de la Red de Proveedores-	
Atención Primaria (cubre al 100%) -Pago Directo- :	
a. No aplica coaseguro, ni copago	
b. No acumula deducible anual	
Atención Médica Virtual de primer nivel ambulatorio. A través de la Red (Según Anexo)	
a. No aplica coaseguro, ni copago	
b. No acumula deducible anual	
Atención a través de la Red de Servicios de Salud del Instituto (Según Anexo)	
a. No aplica coaseguro, ni copago	
b. No acumula deducible anual	
Red Preferente -Pago Directo o Reembolso- :	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo de servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo de servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	

ESQUEMA REGIONAL (DÓLARES)	
ASOCIACIÓN SOLDARISTA DE EMPLEADOS DE RECKITT BENKISER CENTROAMERICANA	
POLIZA 02-01-GFG-515	
RENOVACION ENERO 2021	
Se aplica un coaseguro del	10%
En Costa Rica y Centroamérica -Dentro de la Red de Proveedores- (Pago Directo o Reembolso)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo de servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo de servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	20%
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores- Preautorizado (Reembolso: con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo de servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo de servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%
En Costa Rica y Centroamérica -Fuera de la Red de Proveedores - Sin Preautorización (Reembolso con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo de servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo de servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	40%
En los demás países -Dentro o Fuera de la Red de Proveedores - (Reembolso con los costos de servicios médicos)	
1- Consulta externa:	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	Costo de servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	Costo de servicios médicos
2- Otros gastos ambulatorios:	
Se aplica un coaseguro del	30%