



Liberty Salud

ANEXO DE COBERTURA

Servicios Oftalmológicos

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de _____
Nº _____, contratada por _____ emitida a
nombre de _____, vigencia _____



Seguros Caracas
de Liberty Mutual®

RIF. J-00038923-3

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

Mediante la emisión del presente Anexo, la Empresa de Seguros conviene y se obliga a prestarle a su costo, por sus propios medios y por la exclusiva cuenta, en lo sucesivo denominados indistintamente a los Asegurados o el Asegurado, el servicio de atención oftalmológica mediante personal profesional debidamente especializado y que únicamente pertenezca a la red de oftalmólogos de la Empresa de Seguros, con las limitaciones y restricciones contenidas en este Anexo. Adicionalmente la Empresa de Seguros conviene el reembolso de los gastos razonables en que pudieren incurrir los Asegurados de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 3: COBERTURA y la CLÁUSULA 8: CONDICIONES PARA REEMBOLSO del presente Anexo y durante su vigencia debidamente indicada en el Cuadro Póliza, sujeto a los términos y condiciones que se indican seguidamente. A su vez el Tomador se compromete a pagar la Prima correspondiente contra la entrega del presente Anexo, del Cuadro Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con el presente Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

RED DE PROVEEDORES: proveedores de servicios oftalmológicos con los cuales la Empresa de Seguros ha establecido convenios para la prestación de los servicios relacionados con el objeto del presente Anexo.

GASTOS RAZONABLES: se refiere al promedio calculado por el proveedor de los gastos oftalmológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorios y oftalmólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el Asegurado, en la misma zona geográfica y por un tratamiento oftalmológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este contrato. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el proveedor de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos o los baremos de los centros, consultorios y oftalmólogos, afiliados a la red, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

CONSULTA DIAGNÓSTICA: es donde el oftalmólogo obtiene la información clara, precisa, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta el paciente. Comprende la realización de la historia clínica, lo cual incluye el interrogatorio respectivo al paciente, a fin de obtener la información necesaria para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

DIAGNÓSTICO (EXAMEN E HISTORIA CLÍNICA): es la realización de la historia clínica, donde incluye el interrogatorio respectivo al paciente, obteniéndose la información necesaria para el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que se requiera. El examen clínico comprenderá los estudios que se describen a continuación:

- a) **ESTUDIO DE LA AGUDEZA VISUAL:** es una prueba que se utiliza para determinar las letras más pequeñas que una persona puede leer en una tabla o tarjeta estandarizada sostenida a una distancia de seis metros y treinta centímetros (6 m. y 30 cm.)
- b) **REFRACCIÓN PRE Y POST CICLOPLEJÍA:**
- b.1) **REFRACCIÓN OCULAR:** es la refracción de la luz por los medios del ojo normal, de la que resulta de la convergencia de los rayos en la retina.
 - b.2) **CICLOPLEJÍA:** es la parálisis del músculo ciliar y consecutivamente de la acomodación en el ojo. Esta es inducida por algunos fármacos oftálmicos para facilitar la exploración del ojo.
 - b.3) **REFRACCIÓN PRE CICLOPLÉJICA:** es la refracción ocular que permite determinar si el paciente necesita o no de algún tipo de correctivo para mejorar su agudeza visual o lograr ver, según el total de su potencial visual con algún tipo de correctivos y es obligatorio en paciente jóvenes completarlo con una refracción post ciclopléjica ya que en la juventud, se puede hacer un esfuerzo en la acomodación y de alguna forma "engañar" el verdadero estado refractivo o compensar el déficit a expensas de un innecesario esfuerzo visual.
- c) **BALANCE DE MOVIMIENTOS OCULARES:** permiten diagnosticar patologías como el estrabismo, nistagmus, entre otras.
- d) **DISCRIMINACIÓN DE COLORES:** es un método para determinar la discriminación de colores básicamente para el rojo y verde, descarta alteraciones hereditarias, retínicas y maculares básicamente.
- e) **TOMA DE LA PRESIÓN INTRAOCULAR:** con el tonómetro de elección se tomara la presión intraocular de cada ojo. Se utiliza los tonómetros tonopen, perkins, aire o cualquier otro. Es expresada en milímetros de mercurio (mmhg).
- f) **BIOMICROSCOPIA:** es aquel examen que consiste en ver a través de un microscopio binocular con la ayuda de un sistema especial de iluminación toda la porción anterior del globo ocular, las cuales son: borde palpebral, pestañas, puntos lagrimales, película lagrimal, conjuntiva, esclera, cornea, cámara anterior, iris y cristalino.
- g) **GONIOSCOPIA:** es un método diagnóstico que nos sirve para valorar la profundidad y forma del ángulo de la cámara anterior con ayuda de la lámpara de hendidura y lentes accesorios especiales (goniolentes).
- h) **EXAMEN DE FONDO DE OJO:** consiste en examinar con un oftalmoscopio la retina, especialmente los vasos sanguíneos, la entrada del nervio óptico, la periferia, área macular y alteraciones mismas que pueden encontrarse en la retina (pigmentaciones, exudados, sangramientos).

EMERGENCIA OFTALMOLÓGICA DE TIPO AMBULATORIO: se refiere a consulta diagnóstica y podrá ser:

- a) **DIURNA:** atendida de manera ambulatoria en consultorio del médico oftalmólogo, será considerado emergencia las siguientes patologías: irritación del globo ocular, dolor, insuficiencia visual repentina.
- b) **NOCTURNA:** será orientado de manera telefónica y se atenderá a primera hora del día siguiente por un médico oftalmólogo.

VICIOS DE REFRACCIÓN: es la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos córnea y cristalino y el largo axial de ojo (diámetro anteroposterior) o una falta de acomodación. Se denomina ametropía a los vicios de refracción que pueden corregirse con lentes correctores y corresponden a hipermetropía, miopía, astigmatismo y presbicia).

CENTROS OFTALMOLÓGICOS: cualquier clínica, centro de salud, consultorio o grupo dedicado a la prestación de servicios médicos oftalmológicos de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicio de atención médica oftalmológica.

CLÁUSULA 3: COBERTURA

Los Servicios Oftalmológicos cubiertos por este Anexo y en la primera consulta diagnóstica (historia clínica, una (1) cada trescientos sesenta y cinco (365) días), serán los descritos a continuación, cuya cobertura estará debidamente identificada en el Cuadro Póliza, de la cual forma parte el presente Anexo:

- a) **Diagnóstico.**
- b) **Estudio de la Agudeza Visual.**
- c) **Balance de Movimientos Oculares.**
- d) **Discriminación de Colores.**
- e) **Toma de la Presión Intraocular.**
- f) **Biomicroscopía.**
- g) **Gonioscopía.**
- h) **Examen de Fondo de Ojo.**
- i) **Refracción Pre y Post Cicloplejía.**
- j) **Emergencia Oftalmológica de Tipo Ambulatorio (Consulta Diagnóstica):**

Diurna: atendida de manera ambulatoria en consultorio del médico oftalmólogo, será considerado emergencia las siguientes patologías: irritación del globo ocular, dolor, insuficiencia visual repentina.

Nocturna: será orientado de manera telefónica y se atenderá a primera hora del día siguiente por un médico oftalmólogo.

- k) Lentes Correctivos (Cristales y Monturas o Lentes de Contacto): pagaderos mediante reembolso hasta el monto de mil bolívares exactos (Bs. 1.000,00) en suministro de lente al año, establecido en el Cuadro Póliza, siempre y cuando hayan sido prescritos por un médico oftalmólogo y certifique la necesidad de dicha adquisición. Esta cobertura se restituye luego de trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera solicitud, tomando en cuenta lo establecido en la CLÁUSULA 9: LENTES CORRECTIVOS, del presente Anexo.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no proveerá los Servicios Oftalmológicos cuando los gastos incurridos y los servicios sean originados directa o indirectamente como consecuencia de:

1. Tratamientos médicos, procedimientos, terapias y/o estudios especiales oftalmológicos no indicados como amparados en la CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo.
2. Procedimientos quirúrgicos oftalmológicos electivos ni de emergencia sea cual fuere el medio a utilizar.
3. Estudios histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
4. Terapia y/o rehabilitación visual.
5. Prótesis oculares.
6. Lentes intraoculares.
7. Lentes no formulados y/o descanso.
8. Lentes oscuros, lentes de sol, segundo par de lentes o lentes de emergencia por cualquier causa.
9. Tratamiento con cristales anti reflejo.
10. Servicios Oftalmológicos recibidos fuera de la República Bolivariana de Venezuela.
11. Medicamentos utilizados en consulta médica o de emergencia ni como tratamiento ambulatorio.
12. Exámenes de laboratorio de cualquier índole en niños, adolescentes y adultos.
13. Cualquier gasto médico relacionado con la hospitalización del Asegurado.

14. Costos por lentes correctivos en exceso del monto máximo amparado anual establecido para este concepto en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 5: RED DE PROVEEDORES

Los servicios profesionales que constituyen el objeto de este contrato, prestados mediante personal profesional debidamente especializado y legalmente autorizado y que únicamente pertenezca a la red de oftalmólogos en los centros oftalmológicos, serán identificados en el listado denominado red de proveedores. Queda entendido que durante la vigencia de este Anexo, dicho listado podrá sufrir modificaciones sin que por esta razón se afecte la prestación del servicio.

CLÁUSULA 6: PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Los tratamientos amparados, descritos en el CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo que sean procedentes de acuerdo con la cobertura contratada y el Asegurado no haya optado por adquirir los Servicios Oftalmológicos a través del reembolso de los gastos razonables en que pudieren incurrir de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 3: COBERTURA y la CLÁUSULA 8: CONDICIONES PARA REEMBOLSO del presente Anexo, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado podrá escoger el centro oftalmológico de su preferencia o conveniencia para los tratamientos que deberán ser realizados por oftalmólogos pertenecientes a la red de proveedores, una vez que haya efectuado la llamada al Centro de Atención al Cliente, quien le indicará el o los profesionales disponibles en la zona donde se encuentre el Asegurado. La Empresa de Seguros no será responsable por tratamientos realizados en centros oftalmológicos o por oftalmólogos diferentes a los de la red de proveedores establecida, salvo lo dispuesto en la CLÁUSULA 8: CONDICIONES PARA REEMBOLSO, de este Anexo. El Asegurado no tendrá derecho a reembolso alguno por los tratamientos no amparados por este Anexo, aun cuando los mismos sean realizados en centros de la red de proveedores establecida.
- b) La Empresa de Seguros contará con un servicio telefónico de emergencia las veinticuatro (24) horas del día (haciendo la salvedad para las emergencias nocturnas, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).

CLÁUSULA 7: USO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

Cuando el Asegurado requiera alguno de los tratamientos amparados por este Anexo de acuerdo con la cobertura contratada y lo establecido en la CLÁUSULA 6: PRESTACIÓN DEL SERVICIO, deberá solicitar su cita telefónicamente y luego dirigirse a cualquiera de los centros, consultorios y oftalmólogos pertenecientes a la red de proveedores establecida por la Empresa de Seguros, donde previamente identificado con su cédula de identidad, requerirá la atención del oftalmólogo seleccionado por él. Los centros oftalmológicos atenderán a los Asegurados desde los días lunes hasta los viernes, dentro de un horario de

8:00 a.m. hasta las 6:00 p.m. El Asegurado deberá firmar la constancia de haber recibido el tratamiento.

CLÁUSULA 8: REEMBOLSO

Para los efectos de este Anexo queda convenido entre las partes que no habrá derecho a reembolso alguno por los tratamientos no amparados en este Anexo, aun cuando los mismos sean realizados en centros oftalmológicos de la red establecida. En caso de que el Asegurado, requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no acuda a los centros oftalmológicos afiliados a la red de proveedores establecidas por la Empresa de Seguros conforme a la CLÁUSULA 7: USO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, o el Asegurado no acuda al centro oftalmológico afiliado a dicha red de proveedores por no prestar los servicios requeridos y descritos en este Anexo, en ambos casos el Asegurado podrá recibir el servicio oftalmológico necesario conforme a la CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO en el centro oftalmológico escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por el Asegurado por tal servicio oftalmológico le serán reembolsados por la Empresa de Seguros, una vez que presente la factura original emitida conforme a las normas sobre materia tributaria y fiscal a nombre del Asegurado, informe oftalmológico, radiografías correspondientes, copia de la cédula de identidad del Asegurado, suministre número telefónico, carta explicativa objeto del reembolso y cualquier otro documento que pudiese requerir la Empresa de Seguros en una sola oportunidad adicional. Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta cláusula y cuyo gasto sea originado en la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 9: LENTES CORRECTIVOS Y SU REEMBOLSO

En el Cuadro Póliza se establece el monto máximo anual indemnizable por la adquisición de lentes correctivos (cristales y monturas o lentes de contacto), siempre que, de acuerdo con el Cuadro Póliza, se haya contratado la cobertura que ampare dichos gastos y siempre que dicha adquisición sea avalada por una evaluación previa realizada por un oftalmólogo debidamente autorizado para trabajar como profesional de la medicina en dicha especialización, debe ser miembro titular de la Sociedad Venezolana de Oftalmología (SVO) o de la sociedad de su país de origen, si es extranjero o de la Asociación Panamericana de Oftalmología (PAAO). La indemnización correspondiente se realizará bajo la modalidad de reembolso, mediante el llenado de una Solicitud de Reembolso y la presentación de la factura original correspondiente, dentro del lapso establecido en la CLÁUSULA 12: PLAZO PARA RECLAMACIÓN del presente Anexo.

CLÁUSULA 10: OBLIGACIONES DE EL ASEGURADO

- a) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el oftalmólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de anticipación.

b) El Asegurado está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el oftalmólogo para prestar los Servicios Oftalmológicos amparados en el presente Anexo.

CLÁUSULA 11: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado al Asegurado, así como por cualquier negligencia por parte del oftalmólogo o centro oftalmológico, asumiendo estos su responsabilidad frente al Asegurado.

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente Anexo están a cargo de oftalmólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido, que la responsabilidad contractual aquí asumida por la Empresa de Seguros en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los oftalmólogos, en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a los Asegurados.

CLÁUSULA 12: PLAZO PARA RECLAMACIÓN

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, los procedimientos o tratamientos que les sean practicados a el Asegurado por los oftalmólogos afiliados en la red de proveedores, deberá realizarlos el Asegurado a la Empresa de Seguros necesariamente por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CLÁUSULA 13: APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Todos los demás términos y condiciones aplicables a este Anexo se regirán por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos, prevalecerán las condiciones del presente Anexo, el cual entrará en vigor a partir de la fecha indicada en el mismo.

Por el Tomador

Por la Empresa de Seguros

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° 13. Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 00016362 de fecha 25 de Octubre de 2012.