



PÓLIZA DE SEGURO DE

Salud Colectivo

ANEXO DE COBERTURA DE SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de _____,
N° _____ contratada por _____
y emitida a nombre de _____ Vigencia _____

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

Mediante la emisión del presente Anexo, EL ASEGURADOR conviene y se obliga a prestarle a su costo, por sus propios medios y por la exclusiva cuenta de éste, a las personas que contraten la presente cobertura, en lo sucesivo denominados indistintamente LOS ASEGURADOS o EL ASEGURADO, el servicio de atención oftalmológica mediante personal profesional debidamente especializado, con las limitaciones y restricciones contenidas en este Anexo. Adicionalmente, EL ASEGURADOR pone a disposición de LOS ASEGURADOS una red de Oftalmólogos cuya información estará disponible en la página de éste. Por otra parte, EL ASEGURADOR 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 9: REEMBOLSOS del presente Anexo y durante su vigencia debidamente indicada en el Cuadro Póliza Recibo, 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 Recibo de la 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:

CONSULTA DIAGNÓSTICA: es donde el Oftalmólogo obtiene la información clara, precisa, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta EL ASEGURADO. Comprende la realización de la Historia Clínica, lo cual incluye el interrogatorio respectivo a EL ASEGURADO, a fin de obtener la información necesaria para el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

EXAMEN CLÍNICO: procedimiento médico-oftalmológico mediante el cual el profesional de la oftalmología podrá obtener la información necesaria para el diagnóstico y plan de tratamiento, en caso de que se requiera. El examen clínico comprenderá los estudios que a continuación se describen:

- 1) **Estudios 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 6 m y 30 cm.
- 2) **Balance de los movimientos oculares:** permiten diagnosticar patologías como el estrabismo, nistagmus, entre otras.
- 3) **Discriminación de colores:** es un método para determinar la discriminación de colores básicamente para el rojo y verde, descarta alteraciones hereditarias, retíales y maculares básicamente.

- 4) **Toma de la presión intraocular:** consiste en tomar con el Tonómetro de elección la Presión Intraocular de cada ojo. Se utiliza los Tonómetros Tonopen, Perkins, Aire, o cualquier otro. Es expresada en milímetros de Mercurio (mmHg).
- 5) **Gonioscopía:** es un método diagnóstico que 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).
- 6) **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).

REFRACCIÓN PRE Y POST CICLOPLEJÍA:

- a) **Refracción ocular:** es la refracción de la luz por los medios del ojo normal, de la que resulta la convergencia de los rayos en la retina.
- b) **La cicloplejía:** es la parálisis del músculo ciliar y consecutivamente de la acomodación en el ojo, inducida por algunos fármacos oftálmicos para facilitar la exploración del ojo.
- c) **Refracción pre ciclopléjica:** la cual determina si EL ASEGURADO 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. En personas jóvenes es obligatorio completarlo con una Refracción Post Ciclopléjica.

URGENCIA OFTALMOLÓGICA: se entiende por urgencia oftalmológica, cualquier ocasión inesperada que amerita consulta oftalmológica paliativa o urgente y que origine servicios amparados por esta cobertura para la evaluación de síntomas como irritación, ardor, lagrimeo o enrojecimiento ocular, la cual será atendida mediante una Consulta Diagnóstica. Tal Consulta Diagnóstica podrá ser: diurna (atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo dentro del horario de trabajo fijado por el respectivo profesional) o nocturna (atendida vía telefónica 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.

PLAN DE TRATAMIENTO: se refiere al conjunto de procedimientos médico-oftalmológicos previstos en la CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo, que deban ser practicados a EL ASEGURADO que solicita los servicios oftalmológicos.

RED DE PROVEEDORES: Proveedores de Servicios Oftalmológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del presente Anexo.

GASTOS RAZONABLES: se refiere al promedio calculado por EL ASEGURADOR de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido EL ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este Anexo, se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga EL ASEGURADOR, de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que EL ASEGURADO incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

No obstante, si EL ASEGURADOR hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

CLÁUSULA 3: COBERTURA

El presente Anexo ampara los gastos incurridos por EL ASEGURADO a consecuencia de los tratamientos o servicios oftalmológicos derivados de la primera consulta diagnóstica (historia clínica, una (1) cada trescientos sesenta y cinco (365) días), recibidos dentro de la República Bolivariana de Venezuela, que a continuación se detallan:

- a) Diagnóstico (examen e historia clínica).
- b) Estudio de la agudeza visual.
- c) Refracción pre y post cicloplejía.
- d) Toma de tensión intraocular.
- e) Balance de los movimientos oculares.
- f) Discriminación de colores.
- g) Biomicroscopía: lámpara de hendidura para estudiar córnea, conjuntiva, cámara anterior, pupila y cristalino.

- h) Gonioscopía.
- i) Fondo de ojo.
- j) Urgencia oftalmológica (según se define en la CLÁUSULA 2: DEFINICIONES del presente Anexo).
- k) Adquisición de montura y/o lente correctivos de vicios de refracción (según lo establecido en la CLÁUSULA 6: MONTURAS Y/O LENTES del presente Anexo).

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

Este Anexo no cubre los gastos incurridos y los servicios oftalmológicos originados como consecuencia de:

- a) **Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en el CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo.**
- b) **Anestesia general o sedación.**
- c) **Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos en centros, clínicas, consultorios o por profesionales de la oftalmología no incluidos en la Red de Proveedores de Servicios, que no hayan sido reclamados dentro del lapso y bajo las condiciones previstas en este Anexo para tal fin.**
- d) **Cirugías Láser o de cualquier otro tipo.**
- e) **Estudios histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.**
- f) **Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales.**
- g) **Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.**
- h) **Costos por monturas o lentes en exceso del monto máximo amparado anual establecido para este concepto en el Cuadro Recibo de la Póliza.**
- i) **Monturas y/o lentes de protección solar.**
- j) **Procedimientos y/o servicios oftalmológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.**

CLÁUSULA 5: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

EL ASEGURADO que requiera los servicios profesionales en los centros oftalmológicos de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo, podrán hacerlo cuando así lo decidan bajo las siguientes condiciones:

- a) EL ASEGURADO podrá recibir los tratamientos realizados por profesionales y/o en centros pertenecientes a la Red de Proveedores establecida en Venezuela por EL ASEGURADOR, sin perjuicio del derecho que tiene a escoger libremente los Centros Oftalmológicos que requiera para satisfacer sus necesidades cubiertas por el presente Anexo.
- b) Cuando el servicio sea ofrecido por profesionales y/o en centros pertenecientes a la Red de Proveedores establecida por EL ASEGURADOR, este pone a disposición de EL ASEGURADO un servicio telefónico de urgencia las veinticuatro (24) horas del día, con personal capacitado de guardia para atender las urgencias los fines de semana y días feriados (haciendo la salvedad para las urgencias nocturnas, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).
- c) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por este Anexo, ofrecido por profesionales y/o en centros pertenecientes a la Red de Proveedores establecida por EL ASEGURADOR, deberá solicitar la verificación de sus datos telefónicamente con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse al Centro Oftalmológico escogido, donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del oftalmólogo seleccionado por él.
Dicho profesional solicitará a EL ASEGURADOR la verificación de los datos de EL ASEGURADO, para proceder a efectuar el tratamiento.

CLÁUSULA 6: MONTURAS Y/O LENTES

Se establece para la vigencia de este Anexo un monto máximo anual indemnizable por la adquisición de Monturas y/o Lentes Correctivos de Vicios de Refracción indicado en el Cuadro Recibo de la Póliza, siempre que dicha adquisición sea avalada por una evaluación previa realizada por uno de los Oftalmólogos autorizados por la Red de Proveedores. 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 9: REEMBOLSOS, del presente Anexo.

CLÁUSULA 7: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) EL ASEGURADO 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 o para realizar los tratamientos amparados en la CLÁUSULA 3: COBERTURAS, de este Anexo.
- c) En caso de tener problemas en el proceso de solicitud de la cita, por favor comunicarse al 0800-SEGUCAR (0800-7348227) para solventar la necesidad.

CLÁUSULA 8: PLAZO PARA RECLAMACIÓN POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá ser realizada por EL ASEGURADO a EL ASEGURADOR, por escrito y dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días continuos, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación, salvo por causa extraña no imputable a EL ASEGURADO que le impidan efectuar la reclamación en el plazo indicado. En este caso, EL ASEGURADOR deberá emitir por escrito su decisión con respecto a la inconformidad de EL ASEGURADO, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles. Si luego del pronunciamiento escrito de EL ASEGURADOR persiste la inconformidad de EL ASEGURADO, éste podrá ejercer las acciones en contra de aquel, en los lapsos previstos en la cláusula correspondiente a la Caducidad de la Póliza a la cual se adhiere el presente Anexo.

CLÁUSULA 9: REEMBOLSOS

En aquellos casos en que EL ASEGURADO decida recibir los servicios profesionales previstos en la CLÁUSULA 3: COBERTURA del presente Anexo, en centros o clínicas o con profesionales que no pertenezcan a la Red de Proveedores, EL ASEGURADOR deberá reembolsar directamente a EL ASEGURADO, los gastos razonables, según lo definido en la CLÁUSULA 2: DEFINICIONES, del presente Anexo.

A los fines de la tramitación del reembolso, EL ASEGURADO deberá presentar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la realización del tratamiento, de acuerdo a la presente cobertura, la factura original emitida por el oftalmólogo o institución correspondiente y el informe oftalmológico a EL ASEGURADOR al momento de recibir la reclamación.

EL ASEGURADOR podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de treinta (30) días continuos, para la presentación de los recaudos solicitados por EL ASEGURADOR, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

EL ASEGURADO tiene derecho a recibir la indemnización que le corresponda en un lapso que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo.

EL ASEGURADO deberá firmar la constancia de haber recibido el tratamiento.

CLÁUSULA 10: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR no asumirá responsabilidad alguna en relación con la calidad del servicio recibido por EL ASEGURADO y las consecuencias del mismo, en virtud de los servicios prestados por otros centros o profesionales de salud diferentes a los de la Red de Proveedores, salvo lo relativo al reembolso de los gastos razonables dispuesto en la CLÁUSULA 9: REEMBOLSOS, del presente Anexo.

Asimismo, queda entendido que EL ASEGURADOR no asumirá responsabilidad alguna por:

- a) Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los de la Red de Proveedores, por concepto de servicios no amparados, de acuerdo con lo indicado en la CLÁUSULA 3: COBERTURA, del presente Anexo.**
- b) Cobros realizados por centros o profesionales de la salud diferentes a los de la Red de Proveedores, en exceso de los gastos razonables de los servicios cubiertos por el presente Anexo.**
- c) Complicaciones y secuelas generadas, así como los gastos adicionales que se llegaran a ocasionar, cuando EL ASEGURADO abandone el tratamiento por más de setenta días consecutivos a la última cita asistida para la continuidad del tratamiento oftalmológico iniciado.**
- d) Cuando EL ASEGURADO no notifique el Siniestro o no entregue los documentos solicitados por EL ASEGURADOR dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 9: REEMBOLSOS, salvo por causa extraña no imputable a EL TOMADOR, a EL ASEGURADO o a EL BENEFICIARIO.**

El servicio de atención oftalmológica, debe ser prestado por profesionales de la salud egresados de universidades reconocidas, debidamente certificados y autorizados para ejercer por el órgano competente en el área de la salud.

CLÁUSULA 11: APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este Anexo, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se rige para todos los efectos, por las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos, prevalecerán las condiciones de este Anexo, el cual entrará en vigor a partir de la fecha indicada en el mismo.

Por El Asegurador

Por El Tomador

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública bajo el No.13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio No. SAA-1-1-11372-2015 de fecha 16 de Octubre de 2015”.**

