

Mgtr. Franklin García



**MARCOSA**

Máster en Riesgos, Corredor de seguros, S.A.

**Seguro de Salud**

# Coberturas de Gastos Médicos

## Máximo Vitalicio

- La cantidad máxima con la que dispone el asegurado para reclamar por concepto de gastos médicos y que al momento de alcanzar el máximo de suma quedará sin cobertura. Se podrá solicitar el restablecimiento del máximo médico vitalicio quedando a criterio y reserva de la aseguradora, la aceptación o rechazo de tal solicitud.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Máximo Vitalicio

- El máximo médico vitalicio funciona como una cuenta bancaria, inicia con un monto y a medida que esta cuenta se va utilizando con cada cheque que se gira o dinero que se retira para cubrir los distintos gastos, la cuenta se va reduciendo hasta llegar a cero.
  - Ejemplo:
    - Inicio con Q. 100,000.00
    - A los 2 meses tiene consumo por apendicitis (-) Q25,000.00
    - El máximo vitalicio se reduce a Q75,000.00.

# Coberturas de Gastos Médicos

## **Máximo Vitalicio Renovable anualmente**

- Es un diseño de suma asegurada que se define como la acumulación de sumas pagaderas durante el año de vigencia de la póliza de cada asegurado, hasta el máximo de suma asegurada contratada y que al renovar el período se restablecerá con el mismo monto inicial contratado

# Coberturas de Gastos Médicos

## Gastos Hospitalarios

- Se refiere al gasto incurrido por el asegurado por los cargos regulares y acostumbrados, hechos por el hospital por cuarto, comida y atención general de enfermeros, suministrados durante su reclusión en el hospital, pero sin exceder el beneficio máximo diario por cada día de reclusión y la cantidad máxima durante cualquier incapacidad, los gastos no deben exceder el monto de cobertura del seguro contratado.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Tratamientos Ambulatorios

- En la cobertura ambulatoria se incluyen honorarios por consultas médicas, medicinas de farmacia, análisis de laboratorio, centros de diagnóstico e imagenología, gastos de psiquiatría, servicios privados de enfermera, enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas; alquiler de sillas de ruedas, quimioterapias, radioterapias y diálisis dentro del hospital o sanatorio.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Servicios de ambulancia

- La ambulancia se define como un vehículo usado en emergencia que incluye cuidados médicos necesarios al paciente en camilla primaria y con el acompañamiento de un técnico en urgencias médicas, quien brinda durante el traslado cuidado intensivo y soporte de vida.
- Las unidades deben contar con avisos visuales y audibles de advertencia en el tráfico, para considerar el pago de un servicio de ambulancia, el seguro requiere que sea provisto por una empresa legalmente establecida y reconocida como tal.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Servicios de ambulancia aérea

En el caso de ambulancia aérea, para autorizar el traslado, el médico a cargo debe considerar la situación como de riesgo de vida y la aseguradora debe ser notificada anticipadamente.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Maternidad

- Su propósito es cubrir todos los gastos relacionados con la maternidad, es una de las coberturas más solicitadas en las pólizas de gastos médicos; sin embargo, esta no se considera una enfermedad, sino una condición especial de la mujer y que con certeza habrán gastos en el desarrollo del embarazo, en el parto o si se tuviera alguna complicación médica que conlleve a un aborto.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Maternidad

- Partiendo del entendimiento que no se considera una enfermedad, las pólizas contemplan un tiempo de espera para que la cobertura se active, es básicamente para proteger el resultado de las pólizas y que no sean contratadas con el único propósito de cubrir el evento de maternidad, regularmente se tienen períodos de espera de 10, 12 y 18 meses, esto variará, de acuerdo con el programa que se esté contratando.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Maternidad

- La cobertura se diseña regularmente en 3 esquemas, siendo los siguientes:
  - Suma asegurada fija por maternidad: para este beneficio se establece una suma fija que se reembolsará hasta el límite al momento del parto. Una maternidad bajo este concepto cubre únicamente la hospitalización que incluye: honorarios del médico o cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico, laboratorios y medicamentos utilizados al momento del parto. No se contemplan gastos de pre y posmaternidad.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Maternidad

- La cobertura se diseña regularmente en 3 esquemas, siendo los siguientes:
  - Suma asegurada de maternidad como cualquier otra incapacidad: en este caso cualquier reclamación por maternidad es considerada como cualquier otra incapacidad (enfermedad). Se toma de referencia la tabla de cirugía como se calcula una hospitalización para una enfermedad hasta el máximo reembolsable, de acuerdo con la suma asegurada contratada, se incluye tanto para parto normal como cesárea. Esto significa que si la póliza está diseñada

# Coberturas de Gastos Médicos

## Maternidad

- La cobertura se diseña regularmente en 3 esquemas, siendo los siguientes:
  - Se refiere a los programas que incluyen una combinación de los dos anteriores, donde hay planes o periodos de espera que carecen de la cobertura de maternidad y al vencimiento de estos, puede activarse o trasladarse a un programa con limite o CCOI

# Coberturas de Gastos Médicos

## Complicaciones por Maternidad

- Son las complicaciones resultantes de una maternidad, tales como:
  - Aborto espontáneo, embarazo extrauterino o cualquier otra condición que requiera internamiento en un hospital o sanatorio antes del parto (cuando el embarazo no ha sido terminado) cuyo diagnóstico sea distinto al de embarazo, pero causado o adversamente afectado por el embarazo, tales como:
    - Nefritis aguda; nefrosis; descompensación cardíaca; aborto interrumpido; y condiciones médicas y quirúrgicas similares de gravedad comparable, todos los beneficios estarán sujetos a que se haya cumplido el tiempo de espera nombrado en la póliza.

# Coberturas de Gastos Médicos

## **Atención ordinaria a recién nacido**

- Se refiere a los gastos relacionados con los recién nacidos al momento del parto, son los servicios naturales que corresponden al niño que llega al mundo, los gastos del pediatra que acompaña el parto y los suministros médicos necesarios para la atención del mismo.
- Para esta cobertura se asigna una suma asegurada fija con montos pequeños ya que la cobertura se limita únicamente a los gastos del niño, la cobertura está sujeta a que la maternidad esté cubierta.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Condición Congénita

- Se refiere a cualquier condición, enfermedad, desorden o defecto, que esté presente al momento del nacimiento o antes del mismo, sin importar su causa, háyase o no identificado por primera vez al momento del nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.
- Esta condición regularmente es una exclusión de todas las pólizas; sin embargo, existen pólizas que otorgan la cobertura adicional limitándolo a una suma fija.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Control de niño sano

- Esta cobertura es de tipo preventivo ya que cubre los gastos relacionados con las consultas médicas, vacunas para control de crecimiento y desarrollo, este beneficio regularmente está limitado a una suma fija al año y hasta la edad de 5 o 7 años.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Chequeo Médico Anual

- Las pólizas de seguro médico proporcionan cobertura en caso de enfermedad o accidente. Los chequeos periódicos o servicios médicos rutinarios no son reembolsables debido a que no son originados por una condición de enfermedad.
  - Además, estos exámenes son presupuestados y el fundamento del seguro médico es proporcionar cobertura para situaciones accidentales o de enfermedad que ocasionen gastos no previstos; sin embargo, las pólizas proporcionan cobertura para ciertos gastos de cuidado preventivo.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Psiquiatría

- Otorga cobertura a tratamientos a consecuencia de desórdenes mentales y nerviosos, regularmente está excluido basado en el concepto de que los tratamientos externos son a menudo de vigilancia y no se intenta cubrir esa eventualidad. Solo se proporciona cobertura para tratamientos siquiátricos cortos, limitados a un número específico de citas o un monto límite por año, algunos programas se prescriben solo a cubrir gastos de terapia a consecuencia de un accidente y no por desórdenes mentales de otra naturaleza.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Dental

- Se refiere a los gastos por servicios y suministros necesarios para el cuidado dental, servicios practicados por un odontólogo debidamente registrado y activo para ejercer su profesión.
- Esta cobertura se adquiere mediante pago adicional de prima y regularmente se aplican límites de montos de suma asegurada independientes a la suma asegurada de otros padecimientos, siempre deducidos de la suma asegurada de gastos médicos contratada.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Dental

- La cobertura dental se divide en 3 fases, siendo las siguientes:

<b>Fase I</b>	Tratamiento preventivo, cobertura al 80/20%	Exámenes orales de diagnóstico, profilaxis (limpieza) no más de dos al año, aplicaciones de flúor para niños menores de 14 años, rayos X pero no más de dos al año, pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.
<b>Fase II</b>	Tratamiento restaurativo, cobertura al 80/20%	Sostenedores de espacio, tratamiento paliativo de emergencias, extracciones simples y quirúrgicas, cirugía oral, alveolectomía, anestesia, inyecciones terapéuticas, rellenos, endodoncia, periodontología.
<b>Fase III</b>	Tratamientos mayores, cobertura al 50/50%	Incrustaciones, calzas, coronas, reparación de dentadura y puente, prótesis incluyendo puentes dentales.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Cobertura oftalmológica

- Se refiere a los gastos por servicios y suministros necesarios para el cuidado de la vista, servicios practicados por un oftalmólogo debidamente registrado y activo para ejercer su profesión.
- Esta es una de las coberturas menos utilizadas en el diseño de los programas de seguros dado a que encarece el costo de una póliza e incrementa considerablemente la siniestralidad, esta cobertura se considera factible en grupos grandes que aportan primas fuertes.

# Coberturas de Gastos Médicos

## Cobertura oftalmológica

- La cobertura contempla un límite máximo año calendario, el cual cubre el costo de la consulta médica, aros y lentes, se puede ampliar a que se consideren lentes de contacto; sin embargo, debe aclararse en el texto de la póliza. En grupos de interés de las aseguradoras se puede considerar cirugía refractiva con láser.

# Seguro de Salud

Mgtr. Franklin García

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Las pólizas de gastos médicos,
  - Son los contratos por medio de los cuales se garantiza el reembolso o pago directo de
    - Gastos médicos
      - Cubiertos esta e incurridos por el asegurado,
      - Como consecuencia de haber recibido
        - Atención médica originada por un accidente o enfermedad no prevista.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Dentro del mercado de seguros se encuentran:
  - Pólizas individuales
  - Pólizas Colectivas
    - Se pueden contratar por medio directo o por medio de un intermediario de seguros

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Dentro del mercado de seguros se encuentran:
  - Mercados Masivos por medio de bancos con quienes se hacen alianzas o se trabajan por medio de grupos financieros

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Los programas de seguros individuales o colectivos son similares ya que las coberturas, beneficios y servicios que se adaptan son los mismos,
- Las principales diferencias radican en el costo y administración, dispersión de riesgo, volumen de prima

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Las pólizas individuales van orientadas a no cubrir las preexistencias, las cuales son todos aquellos padecimientos, enfermedades o accidentes que se hayan originado antes de vigencia, sean o no de conocimiento del asegurado, se hayan o no manifestado síntomas o signos, o sean o no diagnosticados previamente.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- El período de preexistencias es de 365 días, en las pólizas Colectivas pueden ser negociados estos tiempos, incluso existir contratos con preexistencias ganadas, quiere decir que se aceptará el grupo con las enfermedades o padecimientos que puedan existir antes de la vigencia.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- Características del seguro individual
  - Puede cubrir a una sola persona o a esta y a sus dependientes cónyuge e hijos
  - No esta sujeto a depender de una relación laboral para la existencia del seguro

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Dependientes elegibles hijos:**

- Hijos o hijastros legalmente adoptados, que sean solteros, que vivan en la misma residencia del asegurado titular, que se encuentren estudiando y que dependan económicamente de él.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Dependiente elegible cónyuge:**
  - Persona con la cual se tiene reconocida una unión de hecho o ha contraído matrimonio y esta registrada en los libros de la aseguradora como tal.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Cobertura individual:**

- Es la protección que otorga la póliza a la persona que goza de forma individual de las coberturas,

- No importando que sea casada o soltera, pero la prima que paga es individual.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Cobertura Familiar:**

- Es la protección que otorga la póliza al asegurado titular y sus dependientes pagando prima familiar, que regularmente es calculada, de acuerdo al número y edad de dependientes.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Contratante**

- Se refiere a la persona individual que contrata la póliza para sí mismo; o, la persona jurídica que contrata la póliza para otras personas; siendo responsable ante la aseguradora de pagar la prima de seguro.

# Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Planes de compra Individual o Minigrupos**
  - Existen programas prediseñados con diferentes opciones de compra
    - Centroamericana o Mundial
    - Diferentes Máximos vitalicios
      - No pueden modificarse, sino solamente elegir alguno de estos planes

## Tipos de pólizas de gastos médicos

- **Planes de compra Individual o Minigrupos**

- Existen algunos productos que permiten eliminar beneficios establecidos y otras que no lo permiten

# Ejemplo de beneficios

## Beneficios

### **Máximo Vitalicio**

Reduccion al cumplimiento de 75 Q. 6,000,000.00 Q. 2,500,000.00 Q. 1,500,000.00 Q. 2,500,000.00 Q. 1,500,000.00

### **Deducible**

En Centroamérica, Fuera de la red Q. 2,300.00 Q. 1,800.00 Q. 1,300.00 Q. 1,800.00 Q. 1,300.00

Fuera de Centroamérica (dólares), fuera de red \$. 2,500.00 \$. 2,500.00 \$. 2,500.00 NA NA

Fuera de Centroamérica (dólares), Dentro de red \$. 2,500.00 \$. 2,500.00 \$. 2,500.00 NA NA

### **Reembolso**

Hospitalización

-En Centroamerica 80 % 80 % 80 % 80 % 80 %

# Ejemplo de Costos

<b>Seguro de Vida del Titular:</b>	Q 50,000.00	<b>Edad:</b>	65 años
<b>Sexo:</b>	Hombre	<b>Plan dental:</b>	NO
<b>Cónyuge:</b>	SI	<b>Edad:</b>	67 años
<b>Dependientes:</b>	NO	<b>No. de Hijos:</b>	0

## Desglose de Prima

Planes	PREMIUM PLUS	MUNDIAL II	MUNDIAL III	CA IV	CA V
	Máximo anual renovable	Máximo vitalicio	Máximo vitalicio	Máximo vitalicio	Máximo vitalicio
<b>Suma Asegurada Gastos Médicos</b>	Q. 6,000,000.00	Q. 5,000,000.00	Q. 3,000,000.00	Q. 5,000,000.00	Q. 3,000,000.00
Gastos Médicos Titular	Q 2,569.45	Q 2,248.27	Q 2,141.20	Q 2,053.68	Q 1,955.88
Seguro de Vida Titular	Q 152.82	Q 152.82	Q 152.82	Q 152.82	Q 152.82
Gastos Médicos Dependientes	Q 2,128.54	Q 1,862.48	Q 1,773.79	Q 1,667.89	Q 1,588.47
Plan dental					
Sub Total	Q 4,850.81	Q 4,263.57	Q 4,067.81	Q 3,874.39	Q 3,697.18
<b>Total Mensual (con IVA y GE)</b>	Q 5,696.00	Q 5,005.40	Q 4,775.19	Q 4,547.73	Q 4,339.32

*\* IMPORTANTE: Esta cotización tiene una vigencia de 30 días y queda sujeta a evaluación de riesgo y a cambios de acuerdo a la suscripción del riesgo.*

# Ejemplo de Coberturas

-Fuera de Centroamerica, Fuera de Red	70 %	70 %	70 %	NA	NA
-Fuera de Centroamerica, Dentro de Red	80 %	80 %	80 %	NA	NA
<i>Ambulatorio</i>					
-En Centroamérica	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
-Fuera de Centroamérica	75 %	75 %	75 %	NA	NA
<i>Desembolso Máximo de Coaseguro</i>					
-En Centroamérica, fuera de Red	Q. 50,000.00				
-En Centroamérica, dentro de Red	Q. 50,000.00				
-Fuera de Centroamérica (dólares), Fuera de red	NA	NA	NA	NA	NA
-Fuera de Centroamérica (dólares), Dentro de red	\$ 20,000.00	\$ 20,000.00	\$ 20,000.00	NA	NA
<b><u>Cuarto y Alimentos</u></b>					
-Fuera de Centroamérica, Dentro de red	80 %	80 %	80 %	NA	NA
-En Centroamérica, fuera de red	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
-Limite máximo, fuera de red (por reembolso)	Q. 3,200.00	Q. 1,600.00	Q. 1,600.00	Q. 1,600.00	Q. 1,600.00
<i>Cuarto Intensivo</i>	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %

# Ejemplo de Coberturas Adicionales

## **Maternidad**

### *Cesárea o Parto Normal*

-En Centroamérica	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
-Fuera de Centroamérica, Dentro de Red	80 %	80 %	80 %	NA	NA
-Fuera de Centroamérica, Fuera de Red	70 %	70 %	70 %	NA	NA
<i>Complicaciones del Recién Nacido</i>	Q. 500,000.00				
<i>Atención del recién nacido (pediatría, sala cuna, etc). "Este beneficio aplica para cada niño"</i>	Q. 4,000.00				
<i>Control del niño sano (máximo)</i>	Q. 6,000.00				
<i>Enfermedades Congénitas y/o Hereditarias</i>	Q. 500,000.00				

## **Otros**

<i>Seguro Funerario</i>	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO
<i>Servicio de Inhumación</i>	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO
<i>Ambulancia Aérea</i>	Q. 125,000.00	Q. 125,000.00	Q. 125,000.00	NA	NA
<i>Ambulancia Terrestre</i>					
-Dentro de red	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO
-Fuera de red	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %
<i>Transplante de Órganos</i>	\$ 500,000.00	Q. 1,500,000.00	Q. 1,500,000.00	Q. 1,500,000.00	Q. 1,500,000.00
<i>Psiquiatría por accidente (consulta externa)</i>	Q. 2,000.00	Q. 2,000.00	Q. 2,000.00	Q. 2,000.00	Q. 2,000.00
<i>Cobertura SIDA</i>	Q. 250,000.00	Q. 100,000.00	Q. 100,000.00	Q. 100,000.00	Q. 100,000.00
<i>Chequeo de Laboratorio</i>	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO	INCLUIDO

# Seguro de Salud

Mgtr. Franklin García

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Determinación de sumas aseguradas.
  - La determinación de sumas aseguradas está influenciada por
    - Los objetivos mercadológicos de la creación de programas y su enfoque de coberturas locales o internacionales, estando respaldados por las consideraciones actuariales en los factores para el cálculo de prima.

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Determinación de sumas aseguradas.
  - Está fundamentada con la referencia de las tablas estadísticas de morbilidad, relacionadas con la frecuencia, costos de servicios médicos y hospitalarios, costos de operación y la legislación de seguros que regula las reservas necesarias en el ramo.

# Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Tarificación de un plan de seguro médico
  - Las primas cargadas por la aseguradora durante el primer año de una póliza son determinadas por el proceso inicial de selección de riesgos, diseño de coberturas y procedimientos administrativos.
  - Las primas para períodos subsiguientes son determinadas como parte del proceso de renovación.

# Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Tarificación de un plan de seguro médico
  - El primer paso en el desarrollo de una tarifa de prima es establecer la clasificación por categorías o planes, que resultará en la definición de la prima del asegurado de un dependiente o de dos o más, también reconocida como “Tarifa familiar”.

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - La tasa de prima debe considerar la expectativa de reclamos futuros, un margen de reclamaciones catastróficas, los gastos de operación y la porción de margen del asegurador.

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
- Expectativa de reclamos:
  - Es el elemento principal que compone la prima, pues es la porción designada para garantizar al asegurador fondos suficientes para pagar los reclamos que se espera han de ocurrir durante el período cubierto por la prima.

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - Margen para reclamaciones catastróficas:
    - Es usual añadir un margen para proteger al asegurador de desviaciones adversas en la expectativa de reclamos

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - Gastos de operación: (comisiones de intermediarios, impuestos, etcétera), considerados de manera uniformes para todos los grupos

# Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - Margen del asegurador:
    - Este margen garantiza al contratante que los reclamos serán pagados incluso en períodos en que los costos exceden el ingreso del asegurador.
      - Por ejemplo,
        - Un cliente que paga Q. 1,000,000.00 de prima, pero tiene Q. 1,200,000.00 en reclamos

# Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - La determinación de las tasas de primas para cada uno de los productos de seguro es desarrollada por el actuario matemático, quien fijará las bases para la estructura de los beneficios, selección de los riesgos a ser asegurados y los resultados financieros de cada período de experiencia.

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - El elemento primario a estimar es la suma de los reclamos que se espera serán pagados bajo el plan.
  - Estos reclamos determinan el diseño de los beneficios y las sumas asignadas. 53

# Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Elementos de la tasa de prima
  - Las primas de un programa de seguro están también influenciadas por otros factores como
    - Comisiones de los agentes,
    - Impuestos,
    - Experiencia,
    - Competencia del mercado,
    - El sistema de pago de reclamos,
    - Proveedores por servicios médicos

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Factores que se consideran en el cálculo de las tarifas
  - Edad
  - Sexo
  - Dependientes

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- Principales causas de morbilidad y mortalidad
  - En el caso de las mujeres la principal causa de morbilidad esta relacionada con el embarazo, parto y abortos, luego colelitiasis y colecistitis
  - En ambos géneros la principal causa de morbilidad son los traumatismos, envenenamientos
  - En los hombres la mayor causa es enfermedades del corazón

## Aspectos técnico del seguro de gastos médicos

- La forma de presentar categorías en pólizas colectivas de gastos médicos son las siguientes:

<b>Enfoque 1</b>	Tarifa para cada empleado Tarifa para cada dependiente
<b>Enfoque 2</b>	Tarifa para cada empleado Tarifa para el empleado y un dependiente Tarifa para empleado y dos o más dependientes, también conocida como "empleado y familia"
<b>Enfoque 3</b>	Tarifa para cada empleado Tarifa por empleado y familia compuesta

# | Seguro de Vida

Beneficios Seguro de Vida	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
<b><u>Muerte Natural (cualquier causa)</u></b>	<b>Q50,000</b>	<b>Q100,000</b>	<b>Q200,000</b>	<b>Q50,000</b>
Muerte Accidental	Doble indemnización	Doble indemnización	Doble indemnización	Doble indemnización
Muerte Accidental Especial	Triple Indemnización	Triple Indemnización	Triple Indemnización	Triple Indemnización
Desmembración Accidental	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Agresión u Homicidio (cubierto como muerte natural)	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Anticipo Funerario	Q15,000	Q15,000	Q15,000	Q15,000
Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Suicidio cubierto posterior a dos años de cobertura continua	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Anticipo de 35% de la Suma Asegurada de Vida por Enfermedades Graves	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido

# | Seguro de Gastos Médicos

Coberturas Seguro de Gastos Médicos	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV	Categoría V Nueva Categoría
Límite Geográfico	Centroamerica	Mundial	Mundial	Centroamerica	Centroamerica
<b>Máximo Vitalicio</b>	<b>Q1,000,000</b>	<b>Q2,000,000</b>	<b>Q3,000,000</b>	<b>Q500,000</b>	<b>Q300,000</b>
Reducción del Beneficio MV disponible, al cumplimiento de 65 años	Q500,000	Q1,000,000	Q1,500,000	Q250,000	Q150,000
VIH anticuerpos (SIDA) Reducción hasta	Q75,000	Q75,000	Q75,000	Q75,000	Q30,000
<b>Deducible (aplica para reembolso convencional -fuera de red- y pago directo -dentro de red-)</b>					
Dentro de Centro América (año póliza)	Q1,000	Q1,000	Q1,000	Q1,000	Q500
Fuera de Centro América (por evento)	No aplica	\$1,000	\$1,000	No aplica	No aplica
Traslado ultimo trimestres	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica	No aplica
<b>Reembolso Convencional</b>					
Dentro de Centro América	70%	70%	70%	70%	70%
Fuera de Centro América	No aplica	60%	60%	No aplica	No aplica
<b>Límite de Coaseguro -Stop Loss-</b>					
Dentro de Centro América	Q60,000	Q60,000	Q60,000	Q60,000	No aplica
Fuera de Centro América	No aplica	\$25,000	\$25,000	No aplica	
<b>Maternidad</b>					
Como Cualquier Otra Incapacidad (C.C.O.I)	Incluido	Incluido	Incluido	No aplica	No aplica
Periodo de espera tarifa con dependientes	10 meses	10 meses	10 meses		
Periodo de espera tarifa sin dependientes	18 meses	18 meses	18 meses		
Atención al Recién Nacido	Q1,500	Q2,000	Q2,500		
Complicaciones del Recien Nacido	Q25,000	Q50,000	Q60,000		
Control del niño sano	Q2,000	Q3,000	Q5,000		

# | Seguro de Gastos Médicos

Beneficios Adicionales:	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV	Categoría V Nueva Categoría
Ayuda de sepelio por fallecimiento del dependiente registrado en la póliza	Q10,000	Q10,000	Q10,000	Q5,000	Q5,000
Ayuda de sepelio por fallecimiento del asegurado titular	Q10,000	Q12,500	Q15,000	Q5,000	Q5,000
Enfermera privada en domicilio bajo prescripción médica	Q2,000	Q2,500	Q3,000	Q2,500	Q2,500
Psiquiatría interna/externa para titular, conyuge e hijos (bajo reembolso convencional)	Q1,500	Q2,000	Q2,500	Q2,500	Q2,500
Transplante de Órganos	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido	Incluido
Continuidad en el Seguro de Gastos Médicos por fallecimiento del Titular para dependientes registrados en la póliza.	1 año (sin costo)				
Exámenes Preventivos pre-autorizados por la Compañía	Heces completa, hematología completa y orina completa				

# Ejemplo: Tarifas de Gastos Médicos

POLIZA 197225  
 VIGENCIA: 01 de julio del 2018  
 PAGO DE PRIMA: CONTRIBUTIVA  
 RENOVACIÓN 2018-2019

No.	COBERTURA	CATEGORIA 1	CATEGORIA 2	CATEGORIA 3
	<b>PRIMAS VIDA</b>			
22	SEGUROS DE VIDA	Q 15.00	Q 30.00	Q 60.00
	MUERTE ACCIDENTAL O DESMEMBRAMIENTO	Q 4.50	Q 9.00	Q 18.00
	AGRESIÓN	Q 3.00	Q 6.00	Q 12.00
	<b>PRIMAS GASTOS MEDICOS</b>			
23	TARIFA INDIVIDUAL	Q 270.00	Q 315.00	Q 333.00
	TITULAR + 1 DEPENDIENTE	Q 612.36	Q 714.42	Q 755.24
	FAMILIAR	Q 945.00	Q 1,102.50	Q 1,165.50

# Seguro de Salud

Mgtr. Franklin García

# Suscripción de riesgos

- Es la valoración de los diferentes aspectos médicos y no médicos que mantienen relación directa con el interés asegurable de un candidato de seguro médico
  - Validando su condición actual
    - Para determinar si se considera elegible y cumple con las normas de selección que regulan a los aseguradores.

# Suscripción de riesgos

- La actividad a la que se dedique el asegurado puede incidir frecuentemente en la selección,
  - Alterando los cálculos y expectativas de riesgo para la compañía, con la consecuencia de siniestralidad prematura.

# Suscripción de riesgos

- En el seguro de gastos médicos, el criterio básico de selección es el estado de salud del candidato,
  - Mismo que se complementa con otros criterios como
    - Capacidad económica, profesión, aficiones, deportes practicados, etcétera.

# Suscripción de riesgos

- **Riesgo médico**

- Son aquellas probabilidades de padecimientos o enfermedades que afectan el estado de salud del solicitante,
  - Mismos que pueden estar vigentes o que han ocurrido dejando una condición especial que debe considerarse para la correcta valoración del riesgo.

# Suscripción de riesgos

- El proceso de selección médica se apoya en
  - Todas las herramientas que están enfocadas a
    - Recabar información del estado de salud del solicitante como es
      - El análisis de la solicitud, declaración de salud y exámenes médicos, de acuerdo con los resultados de dicha valoración los riesgos se podrán clasificar en:

# Suscripción de riesgos

<b>Riesgos normales</b>	<b>Riesgos subnormales</b>	<b>Inasegurables</b>
Se les aplicará la tarifa corriente; su morbilidad es la esperada y que está basada la tarifa de la compañía.	Se les aplicará una tarifa especial, de acuerdo con el tipo de impedimento de salud que se haya establecido.	Personas que por su condición tienen un pronóstico de siniestros elevado y que no permite su asegurabilidad.

# Suscripción de riesgos

- Los factores de riesgo médico que principalmente se evalúan son:

<b>Peso/estatura = IMC</b>	<p>Relación que da como resultado el índice de masa corporal y determina grados de delgadez, sobrepeso, obesidad, etcétera.</p> <p><math>IMC = \text{peso en kilos} / \text{estatura}^2</math></p> <p>Libras se pasan a kilos y estatura elevada al cuadrado</p> <p>Ejemplo: peso 124 libras y estatura de 1.60 mts</p> <p><math>124 / 2.2 = 56.36</math> kilos <math>1.60 \times 1.60 = 2.56</math> <math>IMC = 56.36 / 2.56 = 22.01</math></p> <p>Los valores de IMC a partir de 28 se consideran con sobrepeso y de 30 con obesidad grado I, el peso por debajo de 18 es considerado anormal debiendo evaluar las causas.</p>
--------------------------------	--

# Suscripción de riesgos

<b>Presión arterial</b>	Los rangos de los resultados se encuentran dentro de lo normal $\leq 130/85$ mmHg y sin tratamiento médico, se busca detectar algún problema de hipertensión.
<b>Nivel de colesterol</b>	Debe estar en un índice de $\leq 200$ mg/dl, los niveles bajos pueden referir una hepatitis aguda, hipertiroidismo, uremia o mala nutrición y en caso de tener índices elevados estos denotan posibles problemas de hipercolesterolemia, hipotiroidismo, diabetes, enfermedades cardiovasculares
<b>Nivel de triglicéridos</b>	El nivel normal debe estar en $\leq 150$ mg/dl, niveles mayores dan indicio de posibles problemas de hipertrigliceridemia, síndrome nefrótico, trastorno metabólico y abuso de bebidas alcohólicas
<b>Glucosa</b>	Niveles mayores a 100 mg/dl pueden ser índices de diabetes
<b>Gamma-GT</b>	Los niveles normales deben estar en $< 55$ U/l, es un método apropiado para detectar abuso de alcohol, pancreatitis, hígado graso, hipertensión arterial, infarto al miocardio o hepatitis
<b>Factores de riesgo causales</b>	Son aquellas características que en los hábitos o de factor hereditario pueden llegar a desarrollar una enfermedad, por ejemplo el sedentarismo
<b>Enfermedades cardiacas</b>	Complicaciones del corazón que harían cualquier procedimiento riesgoso ya que la condición no se considera normal
<b>Desordenes de la circulación</b>	Riesgos de trombosis a futuro
<b>HIV</b>	Complicaciones del sistema inmunológico que complicarían cualquier padecimiento del paciente

# Suscripción de riesgos

## **Fuentes de información, riesgos médicos**

- Son aquellos instrumentos que se utilizan para obtener información médica relacionada con el solicitante, siendo la más utilizada:

## **Declaración de salud**

- Es un cuestionario que aparece incluido en la solicitud de seguro y en el que solicitan datos relativos a posibles enfermedades, consecuencias de accidentes, tratamientos médicos o farmacéuticos que se siguen, así como, la evolución y estimación futura de enfermedades.

# Suscripción de riesgos

- Esta declaración **la debe completar y firmar el asegurado**, permite que el asegurador realice el primer filtro de evaluación del riesgo.
- La información solicitada en la declaración tiene como propósito conocer datos de los solicitantes relacionados a:

Datos referentes a los antecedentes familiares, como factores hereditarios

Datos referentes a hábitos de consumo, como bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos, etcétera

Datos sobre enfermedades anteriores o actuales, intervenciones quirúrgicas, tratamientos actuales, etcétera

Datos relativos a la estructura y peso del candidato para evaluar un posible sobrepeso

Datos relativos al estado de salud actual del candidato

# Suscripción de riesgos

## Fuentes de información, riesgos médicos

- **Examen médico**

- Es una valoración física realizada por un médico, donde se revisa el estado de salud del futuro asegurado.
- Este requisito se determina según la edad y/o una determinada suma asegurada de gastos médicos, con el propósito de detectar los posibles problemas de salud y validar lo indicado en la solicitud ya completada.

# Suscripción de riesgos

## Fuentes de información, riesgos médicos

- El examen médico, consta de
  - Un interrogatorio al candidato y valoración médica, existiendo correlación entre ellos, ya que de las declaraciones del candidato, dependerá el examen clínico, objetando el estado de salud pasado y actual, así como, sus antecedentes hereditarios, accidentes ocurridos, operaciones quirúrgicas, enfermedades y su evolución, tratamientos y duración, secuelas posibles; debiendo incluirse la valoración personal sobre la calidad del riesgo y la necesidad de pruebas complementarias, si fuera el caso, para establecer el diagnóstico exacto.

# Suscripción de riesgos

## Fuentes de información, riesgos médicos

- Examen de orina:
  - El detectar residuos de proteínas, permite detectar la posibilidad de futuros problemas de deficiencias renales.
- Examen de sangre:
  - Con base a esta prueba se conocen diversos valores como, los de glucosa (higado), triglicéridos grasas en sangre (Cardiacos), bilirrubina (no funciona bien higado), colesterol, albumina (Problemas en higado), etcétera.

# Suscripción de riesgos

## Fuentes de información, riesgos médicos

- Radiografía Torax
  - Sirve para detectar problemas pulmonares, corazón y anatomía regional
- Electrocardiograma:
  - Registra el funcionamiento del corazón, ayuda a identificar hipertrofia cardíaca

# Suscripción de riesgos

## Fuentes de información, riesgos médicos

- Prueba de Elisa:
- por sus siglas en inglés que significan ensayo inmuno enzimático absorbente.
- Utilizado para descartar SIDA

# Suscripción de riesgos

## Tabla de asegurabilidad

Tabla de requisitos para sumas de máximo médico vitalicio a partir de Q1,000,000.00

Edad	Solicitud completa	Cuestionario médico	Examen médico	Muestra de orina	Análisis de sangre	Antígeno prostático
18 - 39	x	x				
40 - 49	x	x				x (hombre)
50 - 59	x	x	x	x		x (hombre)
60 y más	x	x	x	x	x	

El haber completado estos requisitos no implica aceptación del riesgo y en caso que la compañía considere necesario podrá requerir pruebas adicionales.

# Gastos cubiertos

- Son los gastos razonables, usuales y acostumbrados incurridos por el asegurado, mientras se encuentre cubierto por la póliza. Se consideran gastos todos aquellos servicios médicos necesarios, tratamientos, suministros y/o medicamentos prescritos.

# Gastos Usuales y acostumbrados

- Los gastos razonables, usuales y acostumbrados por servicios médicos proporcionados en un área geográfica determinada, independientemente del sistema de pago en que se realicen.
  - Por ejemplo: los gastos realizados en otro país no serán los usuales y razonables en Guatemala, para determinar estos parámetros las aseguradoras acostumbran tener comunicación por proveedores de los distintos países quienes se apoyan mutuamente con ciertas guías y parámetros.

# Lesión

- Es el daño corporal causado por un accidente imprevisto, involuntario y que sea el resultado único y directo de un trauma externo y violento, y que ocurrió durante la vigencia de esta póliza.

# Medicamento necesario

- Son los servicios o suministros provistos por un hospital o sanatorio, médico u otro proveedor que sean requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión y que según la aseguradora, son:
  - Compatibles con los síntomas o con el diagnóstico y tratamiento de la condición, enfermedad, padecimiento o lesión del asegurado
  - Apropriados con respecto a estándares aceptables de la práctica médica y aprobados por la ciencia médica
  - No únicamente para su conveniencia, del médico, del hospital o sanatorio u otro proveedor
  - El suministro más apropiado o nivel de servicio que pueda ser suministrado sin peligro al asegurado
  - El hecho de que un médico pueda prescribir, ordenar, recomendar o aprobar un servicio, no hace por si mismo tal tratamiento como médicamente necesario

# Medicamento prescrito

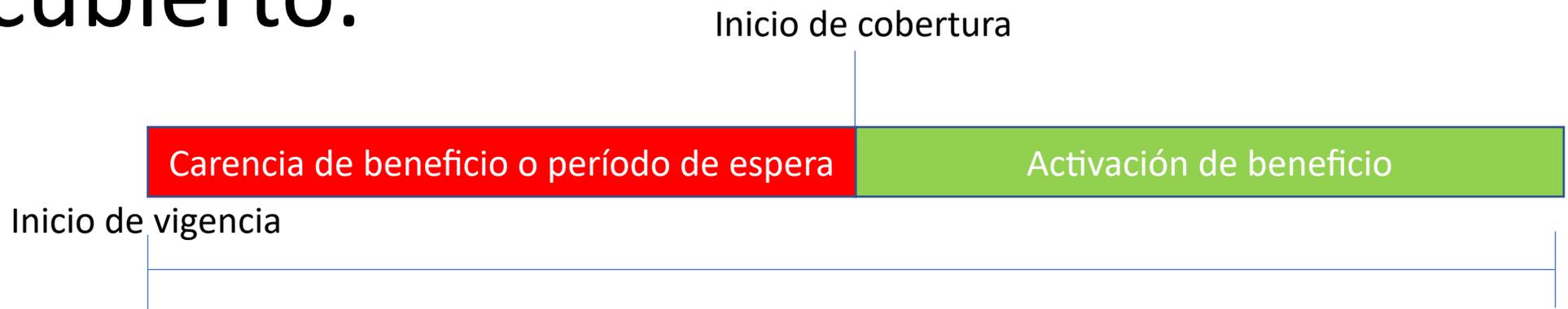
- Son medicamentos cuya venta y uso están legalmente restringidos a ser ordenados por un médico y que solo se pueden obtener con una receta médica escrita.

# Continuación – Pago de Reclamos

Módulo de salud

# Plazo o período de espera

- Tiempo que debe transcurrir a partir del inicio de la vigencia de la póliza, antes de que un beneficio sea cubierto.



## Tabla de california

- Tabla que registra los honorarios por procedimientos quirúrgicos, clasificandolos por códigos en relación a la complejidad de los mismos.

# Tratamiento dental por emergencia

- Son los tratamientos necesarios para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente cubierto en la póliza.

# Proceso de reclamos de gastos médicos

## En caso sea reclamo inicial

- Formulario original de reclamo
  - Firmado por asegurado
  - Firmado y sellado por médico tratante
- Copia de facturas
- Copia de documentos de soporte

# Proceso de reclamos de gastos médicos

## En caso sea seguimiento o complemento a reclamo

- Copia de formulario de reclamo inicial –Duración normalmente es de 6 meses-
  - Firmado por asegurado
  - Firmado y sellado por médico tratante
- O Copia de Liquidación de reclamo anterior
- Copia de facturas
- Copia de documentos de soporte

# Proceso de análisis de reclamos de gastos médicos

- Relación entre diagnóstico y tratamiento
- Está fundamentado en las regulaciones de la póliza,
- Revisar las coberturas y beneficios contratados,
- Tener presente las exclusiones,

# Proceso de liquidación de reclamo

- Paso 1: revise las facturas y los gastos, determinando las coberturas que proceden
- Paso 2: ajuste los montos a liquidar, determinando el monto cubierto, eliminando el porcentaje de IVA, ya que el monto cubierto es sobre el Valor neto de las facturas
- Paso 3: descuento el deducible
  - Si es el primer reclamo del año y el monto reclamado fuera menor, se abona a deducible para en un segundo reclamo cubrir la diferencia, si el monto fuera mayor descuenta la totalidad y en el próximo reclamo ya no aplicaría descuento de deducible.
  - Si es reclamo por gastos fuera de centroamérica se paga en dólares
- Paso 4: se descuenta el coaseguro, según los términos pactados en la póliza
- Paso 5: se descuenta el 3% de timbres, según la Ley vigente
- Paso 6: posterior a realizar dicho procedimiento, el resultado es el monto a pagar al asegurado

<b>Cobertura de maternidad con límite de Q11,000.00</b>			
<b>Gastos presentados Q</b>	<b>Presentado Q</b>	<b>Cubierto Q</b>	<b>Monto neto, ya rebajado el IVA Q</b>
Hospitalización	14,000	14,000	12,500.00
Anestesia	1,650	1,650	1,473.21
Honorarios médicos	1,850	1,850	1,651.79
Ultrasonidos	1,650	-	-
autorizados 3 Q300.00 c/u		-	-
Consultas (4) Q250.00 c/u	1,000	-	-
Medicamentos	1,000		
			<u>15,625.00</u>
		Menos deducible	<u>1,000.00</u>
			<u>14,625.00</u>
		Menos coaseguro	<u>2,925.00</u>
			<u>11,700.00</u>
		Menos Timbres	<u>351.00</u>
			<u>11,000.00</u>
		Límite de cobertura	<u>11,000.00</u>
		Monto a pagar	<u>11,000.00</u>

En el ajuste se tomó como base el diseño de maternidad con límite, que cubre únicamente gastos al momento del parto, razón por la cual no procede el pago de ultrasonidos, consultas y medicamentos.

Liquidación  
de  
reclamos

# Pago Directo

Seguro de Gastos Médicos

Sistema de pago directo a través de la red de proveedores

---

- Es una opción para uso del seguro, las aseguradoras le pagan directamente a sus proveedores afiliados,



## Sistema de pago directo a través de la red de proveedores

---

- Este sistema es resultado de la negociación de las aseguradoras con:
  - Médicos, hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico y farmacias.



## Sistema de pago directo a través de la red de proveedores

---

- Dentro de las ventajas de este sistema se encuentran:
  - Evita el desembolso del 100% de los gastos médicos incurridos,
  - Solamente paga el coaseguro o copago correspondiente,
  - Sus gastos pueden estar o no afectos al deducible
  - Acceso a descuentos negociados con los proveedores,
  - Facilita el trámite administrativo del reclamo



# El pago directo se puede utilizar en los siguientes casos:

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Cobertura</b>
Tratamiento hospitalario	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hospitalización</li><li>- Emergencias</li></ul>
Tratamiento ambulatorio	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consulta médica externa</li><li>- Exámenes especiales radiología y laboratorios</li><li>- Medicamentos</li></ul>
Plan dental	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tratamiento dental</li><li>- Radiología</li></ul>

## Pago directo; Para tratamiento hospitalario u hospitalización programada

- Tiene su origen cuando el médico tratante determina una condición médica que requiere un procedimiento quirúrgico no de emergencia,
  - Debiendo el asegurado programar la cirugía con un tiempo prudencial de anticipación por gestión de autorización.



## Pago directo; Para tratamiento hospitalario u hospitalización programada



Corredor de seguros

- El asegurado debe seleccionar un hospital afiliado y doctores afiliados para que pueda acceder al sistema de pago directo.
- El médico cirujano debe completar el formulario en la sección de hospitalización, indicando los aranceles y los datos de anestesista, posterior a validar la información y haber revisado que la condición detectada está cubierta,
- Se emitirá una autorización hospitalaria que el asegurado debe llevar al momento de su ingreso.

# Pago directo; tratamiento hospitalario, hospitalización por emergencia

- Se considera como emergencia todo padecimiento (enfermedad y accidente) que haya sido originado dentro de las primeras 24 horas de ocurrido el mismo, que requiera una atención inmediata y que no pueda ser tratado en un consultorio médico.



# Pago directo; tratamiento hospitalario, hospitalización por emergencia

- La autorización se realiza de forma interna, entre el hospital afiliado y la aseguradora.
- Como emergencias se consideran los siguientes casos: traumas importantes, convulsiones, pérdida del conocimiento, ruptura de un vaso sanguíneo grande (heridas), dolor abdominal intenso, de tórax agudo y persistente, dificultad severa al respirar, reacciones alérgicas en estado severo.



## Pago directo; tratamiento ambulatorio, consulta externa

- Es el pago por los servicios de consulta a un médico que se realizan en su clínica, el asegurado paga una mínima cantidad que se le llama copago.
- El copago varía de una aseguradora a otra, sin embargo, el promedio que se maneja actualmente es de Q30.00.



## Pago directo; tratamiento ambulatorio, consulta externa

- No se debe solicitar autorización previa, sin embargo, se debe llevar el formulario o cupón que corresponda para dejarlo al médico como respaldo del servicio dado, algunas veces debe presentar el carné del seguro y una identificación personal.



## Pago directo, tratamiento ambulatorio, exámenes especiales, radiología y laboratorios

---

- Si el médico ordena exámenes especiales de diagnóstico como: ultrasonido; electrocardiograma; tomografía; resonancia magnética; mamografía; electroencefalograma; ecocardiograma y prueba de esfuerzo; entre otros, siempre debe requerir autorización.



## Pago directo, tratamiento ambulatorio, exámenes especiales, radiología y laboratorios

- El médico tratante debe completar el formulario correspondiente en la sección de procedimientos especiales, la aseguradora otorgará dicha autorización de 24 a 48 horas, si el procedimiento requiere anestesia podrá tomar mayor tiempo.



## Pago directo, tratamiento ambulatorio, medicamentos

---

- Se relaciona con el proceso de compra de medicamento que receta el médico como tratamiento necesario del restablecimiento de salud.
- El médico deberá completar el formulario que corresponda y el asegurado enviará el mismo para su autorización, al ser aprobado paga la porción de coaseguro según los términos de la póliza.
- Normalmente tiene un monto limite para ser autorizado.



# Ejemplo Red Copagos y Coaseguros

Pago directo	Tipo	Coaseguro Q	Gastos mayores Q
Ambulatorio	Consulta externa	30.00	No aplica
	Medicamentos (*)	20%	400.00
	Laboratorios	20%	400.00

Pago directo	Tipo	Coaseguro Q	Copago Q
Hospitalario	Hospitales "A" habitación semiprivada		
	Emergencias	20%	No aplica
	De 1 a 3 días	20%	No aplica
	De 4 a 7 días	20%	No aplica
	De 8 días o más	20%	No aplica
	Hospital privado		
	Habitación privada	25%	+ Copago
	Habitación semiprivada o colectiva	20%	+ Copago
	Emergencias	Según la habitación	500.00
	De 1 a 3 días	Según la habitación	800.00
	De 4 a 7 días	Según la habitación	1,000.00
	De 8 días o más	Según la habitación	1,500.00
	Hospitales "B " habitación semiprivada o colectiva		
	Emergencias	10%	No aplica
	De 1 a 3 días	10%	No aplica
	De 4 a 7 días	10%	No aplica
	De 8 días o más	10%	No aplica