



CONDICIONES DE SERVICIO
ESQUEMA AUTOADMINISTRADO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PARTIDA 1 y 2

ESPECIFICACIONES:

La Universidad Nacional Autónoma de México requiere de la **“CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN, CONTROL Y SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA COBERTURA DE PROTECCIÓN DEL ESQUEMA AUTOADMINISTRADO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL UNIVERSITARIO Y DE PÓLIZAS DE EXCESO INDIVIDUAL”** a través de la atención médica, hospitalaria, farmacéutica y servicios clínicos y de diagnóstico, con cobertura a nivel nacional e internacional de acuerdo a las siguientes condiciones de servicio:

1. CONTRATANTE

La Universidad Nacional Autónoma de México.

2. TIPO DE PLAN: AUTOADMINISTRADO

Bajo el esquema del **“CONTRATACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN, CONTROL Y SERVICIO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LA COBERTURA DE PROTECCIÓN DEL ESQUEMA AUTOADMINISTRADO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PARA EL PERSONAL UNIVERSITARIO Y DE PÓLIZAS DE EXCESO INDIVIDUAL”**, de acuerdo a lo establecido en las presentes condiciones de servicio.

3. VIGENCIA

La vigencia será de 24 MESES, iniciando a las 12:00 horas del día 01 de julio de 2025 a las 12:00 horas del día 01 de julio de 2027.

4. DEFINICIONES

UNAM. La Universidad Nacional Autónoma de México.

CONDICIONES DE SERVICIO: Especificaciones técnicas, límites y alcances específicos para la aplicación del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores para el Personal Universitario.

GASTO MÉDICO MAYOR: Es el gasto derivado de atención médica en caso de surgir algún imprevisto, como un accidente o una enfermedad y cubre gastos de hospitalización, atención médica, intervenciones quirúrgicas, medicamentos y análisis clínicos, entre otros servicios médicos profesionales, siempre y cuando haya diagnóstico definitivo y que aun siendo urgencia y/o emergencia supere el importe fijo de Coparticipación Inicial establecido en estas Condiciones de Servicio.

DIAGNÓSTICO: Determinación del estado de salud, establecido por un médico profesionalista independiente legalmente autorizado a través de análisis de los signos y/o síntomas que permite determinar una afección diferenciándola de cualquier otra.



APORTACIÓN: Es el importe que paga el usuario titular de manera quincenal a través de descuento vía nómina y/o de contado por concepto de cuotas y/o tarifas por el Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

USUARIO: Persona que goza de los beneficios del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, acatándose a las cláusulas y condiciones establecidas en estas Condiciones.

ACCIDENTE: Un acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita y violenta que lesiona al usuario ocasionándole daño(s) corporal(es) que requieran atención médica a la brevedad. También se considera las consecuencias en el estado de salud dentro de los primeros 30 días naturales posterior al inicio del accidente siempre y cuando se encuentren justificadas por médico tratante y evidenciadas con estudios de laboratorio y/o gabinete. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el usuario.

COPAGO: Es la coparticipación fija en dinero a cargo del Usuario por el servicio de la atención de primer contacto.

CUOTA FIJA: Es la cantidad proporcional de dinero que se paga de manera potestativa, voluntaria y periódica, para la utilización colectiva del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores. El descuento se realiza de manera quincenal vía nómina, de acuerdo a las características de cada subgrupo o colectividad.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: Son aquellos beneficiarios del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores con el carácter de Cónyuge, concubino(a), e hijos(as) definidos con ese carácter por el documento probatorio de la relación que para tal efecto establezca la legislación vigente en la materia y que pueden ser incorporados por el Titular, con el pago de la cuota correspondiente.

DÍA HÁBIL: Los días que se labore en la UNAM, comprendiéndose todos los del año, excluyéndose los sábados, domingos y los que establece la Ley Federal de Trabajo.

DÍA NATURAL: Todos los días del calendario.

ENFERMEDAD: Toda alteración en la salud del usuario debida a causas internas o externas por las cuales amerite tratamiento médico y/o quirúrgico diagnosticada por médico profesionista independiente legalmente autorizado.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Aquella de larga evolución que se desarrolla en forma lenta y progresiva y puede acompañarse de complicaciones en diversos aparatos y sistemas; éstas son controladas, pero no se curan y producen incapacidad y/o muerte.

REGION CORPORAL: Para fines de las presente Condiciones del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, se considera región anatómica, todas aquellas divisiones corporales establecidas en el Tabulador de Gastos Médicos UNAM, anexo VII.



ENFERMEDAD TERMINAL: Aquella enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado; que se acompaña de manifestaciones clínicas de insuficiencia orgánica de aparatos o sistemas.

EMERGENCIA MÉDICA: Cualquier enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio que pone en peligro la vida del Usuario y/o la viabilidad de alguno de sus órganos, por la cual requiere atención médica inmediata.

URGENCIA MÉDICA: Cualquier enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio de evolución variable, etiología diversa, gravedad variable y no necesariamente mortal, cuyos signos y/o síntomas previos al diagnóstico definitivo requieran atención médica inmediata.

IDENTIFICACIÓN OFICIAL: Credencial para votar expedida por el Instituto Nacional Electoral, Pasaporte vigente expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores o Cédula Profesional con foto expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

HONORARIOS MÉDICOS: Pago que obtiene el profesional médico legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Usuarios, de acuerdo al tabulador médico establecido para estas condiciones de servicio.

HOSPITAL: Proveedor médico en convenio que brinda sus servicios para la atención médica necesaria de gastos médicos mayores en sus instalaciones y con la infraestructura médica propia. Dentro de esta se consideran: consultorios, torres médicas, laboratorio, farmacia, servicios de radiología, imagenología, quimioterapia, radioterapia y otros servicios siempre y cuando pertenezcan a la misma razón social y no se encuentren subcontratados.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Establecimiento fijo que constituye el inicio de la atención en el Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, orientado primordialmente, a la promoción de la salud, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento temprano y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la siniestralidad.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: Se refiere a la atención de salud especializada a través de procedimientos y tratamientos, que se brindan a pacientes derivados del primer nivel atención.

LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE COBERTURA: Importe máximo asignado por cada usuario para cubrir una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a estas condiciones de servicio.

RED MÉDICA: Prestadores de servicios de salud, con quienes se celebran convenios de prestación de servicios médicos y/u hospitalarios, que proporcionan atención médica ante una enfermedad o un accidente amparado, a quienes la Administradora pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a las presentes Condiciones.



HOSPITALIZACIÓN: Estancia continua en una clínica, hospital o sanatorio, comprobable y justificada para la atención de una enfermedad o accidente reclamado. El tiempo de estancia corre a partir del momento en que el usuario ingresa como paciente interno a la Institución.

PAGO DIRECTO: Procedimiento mediante el cual la empresa Administradora realiza directamente el pago al prestador de servicios por la atención médica de enfermedades o accidentes cubiertos por estas condiciones de servicio.

PERÍODO DE ESPERA: Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir de vigencia continua para cada usuario a fin de que las enfermedades indicadas expresamente puedan ser cubiertas por estas condiciones de servicio.

PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS CON CONVENIO: Se integra por los médicos, hospitales, laboratorios clínicos y gabinetes vinculados a la empresa Administradora por convenios que integran la RED MÉDICA y HOSPITALARIA, que se incluyen en la GUÍA DE USUARIO, y que tienen por objeto proporcionar a los usuarios el servicio de pago directo de los gastos médicos cubiertos por la atención prestada por aquellos a los usuarios.

RECLAMACIÓN: Procedimiento mediante el cual el usuario tramita ante la empresa Administradora el pago derivado de los gastos erogados a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio.

REEMBOLSO: Pago de gastos erogados previamente por el usuario a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS: Lista detallada de procedimientos, que entrega la UNAM a la empresa Administradora, que especifica el monto máximo a pagar para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio. Incluye honorarios médicos por consultas médicas, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos.

TITULAR DEL SERVICIO: Es el trabajador de la Universidad Nacional Autónoma de México que cumple con las condiciones y conceptos definidos en el numeral 5. Elegibilidad.

5. ELEGIBILIDAD

5.1. COLECTIVIDAD OBLIGATORIA – UNAM 1

I. Se considera como colectividad OBLIGATORIA al USUARIO TITULAR que pertenezca por su Nombramiento a alguno de los siguientes subgrupos:

- a) Profesores Eméritos
- b) Académicos Investigadores (Ensenada B.C.)
- c) Profesores de Carrera de Tiempo Completo



- d) Directores Generales, Directores de Área, Subdirectores y Secretarios Administrativos y/o Jefes de Unidad Administrativa (Nivel 1-9).

El pago total de los Titulares de esta población es a cargo de la Institución.

II. Se considera como incorporación POTESATIVA a los DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL TITULAR, cuya incorporación es voluntaria y el pago total de la cuota es por parte del Titular del Servicio; pertenecen a este rubro las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- a) Cónyuge o Concubino(a) previa acreditación documental mediante, acta de matrimonio o documento probatorio de la relación que establezca la legislación vigente en la materia, incluyendo los matrimonios igualitarios o del mismo sexo.
- b) Hijos(as) del Titular del Servicio, previa acreditación documental mediante, acta de nacimiento, que sean solteros(as) y menores de 25 años.

Una vez contratada la cobertura, los dependientes económicos del Titular tendrán los mismos beneficios del titular de acuerdo al subgrupo que les corresponda.

5.2. COLECTIVIDAD POTESATIVA – UNAM 2

I. Se considera como colectividad POTESATIVA al USUARIO TITULAR que pertenezca por su Nombramiento a alguno de los siguientes subgrupos:

- a) Personal de asignatura con 40 horas contratadas con la Institución, cuya incorporación es potestativa para el trabajador y el pago total de la cuota es por parte de la Institución.
- b) Personal de asignatura con menos de 40 horas contratadas con la Institución, cuya incorporación es potestativa para el trabajador y el pago total de la cuota es contributaria dependiendo de las horas académicas contratadas por parte del Titular del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

II. Se considera como incorporación POTESATIVA a los DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL TITULAR, cuya incorporación es voluntaria y el pago total de la cuota es por parte del Titular del Servicio, pertenecen a este rubro las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- a) Cónyuge o Concubino(a) previa acreditación documental mediante acta de matrimonio o documento probatorio de la relación que establezca la legislación vigente en la materia, incluyendo los matrimonios igualitarios o del mismo sexo.
- b) Hijos(as) del Titular del Servicio, previa acreditación documental mediante, acta de nacimiento; que sean solteros(as) y menores de 25 años.

Una vez contratada la cobertura, los dependientes económicos del Titular tendrán los mismos beneficios del titular de acuerdo al subgrupo que les corresponda.



5.3. COLECTIVIDAD ADICIONAL - UNAM 2

I. Se considera como colectividad ADICIONAL al USUARIO TITULAR cuya incorporación es voluntaria y potestativa y el pago total de la cuota es por parte del Titular del Servicio, pertenecen a este rubro por su nombramiento a alguno de los siguientes subgrupos:

- a) Confianza
- b) Jubilados / pensionados, jubilados / pensionados docentes
- c) Hijos mayores de 25 años y hasta los 29 años

II. Se considera como incorporación POTESTATIVA a los DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL TITULAR, cuya incorporación es voluntaria y potestativa y el pago total de la cuota es por parte del Titular del Servicio de GMM, pertenecen a este rubro las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- a) Cónyuge o Concubino(a) previa acreditación documental mediante, acta de matrimonio o documento probatorio de la relación que establezca la legislación vigente en la materia, incluyendo los matrimonios igualitarios o del mismo sexo.
- b) Hijos(as) del Titular del Servicio, previa acreditación documental mediante acta de nacimiento; que sean solteros(as) y menores de 25 años.

Una vez contratada la cobertura, los dependientes económicos del Titular tendrán los mismos beneficios del titular de acuerdo al subgrupo que les corresponda.

5.4. COLECTIVIDAD PROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO

I. Se considera como colectividad del PROGRAMA DE RETIRO al USUARIO TITULAR que pertenezca por su nombramiento a alguno de los siguientes subgrupos:

- a) Usuario del SUBPROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO POR JUBILACIÓN DEL PERSONAL ACADÉMICO DE TIEMPO COMPLETO (UNAM 1); cuya incorporación es a través de las Convocatoria del Subprograma de Retiro Voluntario por Jubilación y el pago total de la cuota es a cargo de la Institución.
- b) Usuario del SUBPROGRAMA DE RETIRO VOLUNTARIO POR JUBILACIÓN DEL PERSONAL ACADÉMICO DE ASIGNATURA (UNAM 2); cuya incorporación es a través de las Convocatoria del Subprograma de Retiro Voluntario por Jubilación y el pago total de la cuota es Contributaria con participación de la Institución.



II. Se considera como incorporación POTESTATIVA a los DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL TITULAR, cuya incorporación es voluntaria y el pago total de la cuota es contributaria por parte del Titular del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores y de la Institución, pertenecen a este rubro las personas que cumplan con los siguientes criterios:

- a) Cónyuge o Concubino(a) previa acreditación documental mediante, acta de matrimonio o documento probatorio de la relación que establezca la legislación vigente en la materia, incluyendo los matrimonios igualitarios o del mismo sexo.
- b) Hijos(as) del Titular del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, previa acreditación documental mediante acta de nacimiento; que sean solteros(as) y menores de 25 años.

Una vez contratada la cobertura, los dependientes económicos del Titular tendrán los mismos beneficios del titular de acuerdo al subgrupo que les corresponda.

6. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Límite económico máximo que se cubrirá por cada usuario a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto en estas condiciones de servicio, conforme a lo siguiente:

- a) **\$2´000,000.00 M.N.** para la colectividad UNAM 1 (Titulares y Dependientes económicos) para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio en territorio nacional, hasta agotar el límite máximo de responsabilidad.
- b) Para la población de la colectividad UNAM 2 (Titulares y Dependientes), para cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones del servicio en territorio nacional, hasta agotar el límite máximo de responsabilidad, de acuerdo a los siguientes rangos:

HORAS ASIGNADAS ACADEMICO	RANGO DE L.M.R. A CONTRATAR
1 a 40	\$ 2,000,000.00
1 a 40	\$ 1,500,000.00
1 a 40	\$ 1,000,000.00
1 a 40	\$ 500,000.00

- c) Para las reclamaciones por concepto de maternidad el límite máximo de responsabilidad será de **\$50,000.00 M.N.** en parto natural y **\$60,000.00 M.N.** en caso de cesárea, lo anterior será considerado por evento y de acuerdo a lo descrito en el concepto gastos cubiertos de estas condiciones de servicio y aplicará para todas las colectividades.

Quedan en la misma situación anterior los dependientes económicos Hijos del Titular(es), siempre y cuando de manera potestativa hayan sido adheridos al Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.



El límite máximo de responsabilidad operará para cada enfermedad o accidente cubierto en estas Condiciones y se cubrirá hasta su agotamiento, una vez agotado, termina la responsabilidad en el otorgamiento del servicio por parte de la Institución o al término de la vigencia.

7. COPARTICIPACIÓN ÚNICA DEL USUARIO

Importe fijo de dinero a cargo del usuario que pagará por única vez y por cada enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio, y se aplicará de manera general al total de los gastos indemnizables, sin importar el origen de los mismos, conforme a lo siguiente:

- a) **\$15, 000.00** para la población de la colectividad UNAM 1 (Titulares Dependientes económicos)
- b) Para la población de la colectividad UNAM 2 (Titulares y Dependientes económicos) será de acuerdo al Límite Máximo de responsabilidad elegido:

RANGO DE L.M.R. A CONTRATAR	COPARTICIPACIÓN
\$ 2,000,000.00	\$ 15,000.00
\$ 1,500,000.00	\$ 11,250.00
\$ 1,000,000.00	\$ 7,500.00
\$ 500,000.00	\$ 5,000.00

c) No aplicará la Coparticipación única del usuario en accidentes, en emergencia médica cuando esta sea atendida indistintamente en hospitales sede o en del resto de los hospitales o médicos en convenio o aún en hospitales y/o médicos sin convenio que podrá ser en pago por reembolso.

d) **\$7,000.00 M.N.** por evento en el caso de maternidad. Para la presente cobertura aplicará Coparticipación única del usuario para los casos atendidos en cualquier hospital de Sede o de Convenio.

Los presentes criterios aplican para los titulares y/o dependientes económicos de todas aquellas poblaciones o subgrupos cubiertos vigentes del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

8. PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN A CARGO DEL USUARIO

Es el importe económico a cargo del usuario que se aplica al monto total de gastos cubiertos por estas condiciones de servicio en cada reclamación, una vez descontada la Coparticipación única, de acuerdo a lo siguiente:

- a) **5%** en todos los Hospitales Sede con un tope máximo establecido en \$40,000.00. **En caso de que las cirugías sean iguales o menores a \$150,000.00 no aplicará este copago.**
- b) **10%** en los Hospitales Médica Sur, Grupo Ángeles, ABC y Hospitales de Convenio
- c) **20%** en la cobertura internacional en el Estado de California, E.U.A., para el personal académico e investigadores de Ensenada, B.C. y sus beneficiarios



- d) **20%** para los servicios de ambulancia terrestre o aérea en territorio Nacional, en el caso de ambulancia aérea se aplicará un tope de participación de \$20,000.00 M.N.
- e) **No aplicará este porcentaje de participación del usuario en accidentes, en emergencia médica cuando esta sea atendida indistintamente en hospitales Sede**, en el resto de los hospitales en convenio o aún en hospitales y/o médicos sin convenio, en este último caso podrá ser el pago por reembolso.

En el pago de reclamaciones subsecuentes al egreso hospitalario presentadas por el usuario, siempre se aplicará el 10% como porcentaje de participación del usuario.

Los presentes criterios aplican para los titulares y/o dependientes económicos de todas aquellas poblaciones o subgrupos cubiertos vigentes del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

HOSPITALES SEDE	
CIUDAD	HOSPITAL
Ciudad de México	Hospital San Ángel Inn Universidad
	Hospital San Ángel Inn Sur
	Hospital San Ángel Inn Patriotismo
	Centro Médico Dalinde
	Hospital HMG
Estado de México	Corporativo Satélite
León, Guanajuato	Hospital Aranda de la Parra
Morelia, Michoacán	Victoria Medical Center
Cuernavaca, Morelos	Hospital Henri Dunant
Juriquilla, Querétaro	Star Médica Querétaro
	Hospital Moscati
Mérida, Yucatán	Hospital Faro del Mayab
	Hospital Star Médica Mérida

9. GASTOS CUBIERTOS

Si como consecuencia de enfermedad o accidente el usuario incurriera en los gastos que a continuación se mencionan, la Administradora cubrirá el costo de los mismos y hasta por los Límites de Responsabilidad, ajustándolos previamente a los límites y condiciones estipulados, siempre y cuando se encuentre en vigor para el usuario y el gasto se origine dentro del periodo de cobertura.

1. Todos los gastos de hospitalización, representados por cuarto privado estándar, alimentos del paciente, gastos inherentes al tratamiento médico y cama extra para un acompañante.
2. Medicamentos adquiridos dentro y/o fuera del hospital, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y se presente la factura fiscal de la farmacia acompañada de la receta correspondiente.

Medicamentos de Alta Especialidad que previa valoración médica sean requeridos como terapia de mantenimiento en patologías oncológicas autoinmunes y enfermedades potencialmente terminales.



3. Honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos y/o consultas médicas en hospital, sanatorio o consultorio, se pagarán considerando para cada procedimiento realizado, el Tabulador de Honorarios Médicos presentado por la UNAM. En el caso de los honorarios del anesthesiólogo, se pagarán hasta por un 30% de los honorarios tabulados para el cirujano. En el caso de ayudantía se pagará hasta el 20% de los honorarios tabulados para el cirujano. Cuando se requiera la intervención de un segundo ayudante (previa justificación médica por escrito), éste será cubierto hasta con el 15% de los honorarios tabulados para el cirujano.

En el caso de honorarios por consultas médicas de seguimiento tendrán un límite máximo de 1 consulta por mes, exclusivamente para el médico a excepción de padecimientos con patologías oncológicas y/o terminales.

4. Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión avalada con cédula profesional o constancia de título en trámite (auxiliares de enfermería), siempre que sus servicios hayan sido prescritos por el médico tratante y previa justificación médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria, con límite máximo de 90 días. El pago de honorarios estará sujeto a lo estipulado en el Tabulador de Honorarios Médicos.
5. Gastos de ambulancia en territorio nacional y en el extranjero (en caso de tener las coberturas de Emergencia y Amplia Internacional), comprendidos dentro de éstos: terapia intensiva terrestre y aérea, ambulancia programada, traslado recurrente, entre otros. Esta cobertura aplica siempre y cuando sea por prescripción médica; la cobertura no tendrá límite para el número de servicios y el gasto será acorde a lo establecido en el numeral 6. Límite máximo de responsabilidad.
6. Sala de quirófano, de recuperación y procedimientos médicos, gastos de anestesia, sueros, soluciones, otras sustancias semejantes, gastos por consumo de oxígeno, terapia intensiva, intermedia y unidad de cuidados coronarios; todos éstos usados exclusivamente de manera intrahospitalaria.
7. Nutrición parenteral, se cubrirá previa autorización por la Institución.
8. Renta de equipo para recuperación o tratamiento al egreso hospitalario, como grúa transportadora, silla de ruedas, colchón con presión alterna, concentrador de oxígeno, sistema de cierre asistido por vacío, y otros elementos que por prescripción médica sean necesarios para la convalecencia domiciliaria durante un máximo de 45 días, siempre y cuando se encuentre justificado por el Accidente o Enfermedad cubierto y el servicio sea autorizado, programado y coordinado por la Administradora, considerando que el Usuario se hará cargo del buen uso.

Para la compra de cualquier equipo descrito en este párrafo, podrá ser comprado siempre y cuando se justifique su uso por más de 90 días.



9. Todos los gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiogramas, ultrasonidos, electroencefalogramas y cualquier otro estudio indispensable para el abordaje médico de una enfermedad o accidente cubierto por estas condiciones de servicio, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y sean necesarios para elaborar el diagnóstico definitivo o determinar el tratamiento a seguir, de acuerdo al protocolo médico.

Aquellos procedimientos que no concluyan en un diagnóstico definitivo y aquellos utilizados para descartar otras patologías no serán cubiertos.

10. Marcapasos, prótesis ortopédicas y prótesis internas o externas que se requieran como tratamiento a causa de una enfermedad o accidente cubierto por condiciones de servicio exceptuando los indicados en gastos no cubiertos, previa autorización del Prestador del Servicio.
11. Gastos para efectuar el trasplante de órgano(s). Se incluyen pruebas e intervención del donador y del receptor, transportación del órgano, así como todos los gastos relacionados al donador, siempre y cuando se trate de un donador vivo. En el caso del donador definitivo sólo se cubrirán los gastos de cirugía, estudios de compatibilidad, estudios de imagenología, Hospitalización y Honorarios Médicos de acuerdo al Tabulador Médico únicamente durante el Evento Médico de donación o extracción del órgano. En caso de trasplante cadavérico, el Usuario deberá de cumplir con la inscripción en el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (Cenatra).
12. Tratamientos de radioterapia, quimioterapia, inmunomoduladores y otros semejantes para patología oncológica, enfermedades inmunológicas, rechazo de trasplante o enfermedad injerto contra huésped; siempre y cuando sean prescritos por el Médico tratante y la dosis terapéutica se apegue a las guías autorizadas por la COFEPRIS; quedarán excluidos aquellos tratamientos de carácter experimental, entendiéndose estos como los tratamientos y/o medicamentos y/o terapias que no han sido avalados por las instancias regulatorias nacionales y/o internacionales correspondientes.
13. Intervenciones de nariz y/o senos paranasales sin período de espera como accidente con una valoración del médico dictaminador de la Administradora. Como enfermedad, de acuerdo al período de espera estipulado, previa valoración del tratamiento por un médico dictaminador de la Administradora, siempre y cuando se traten de cirugías correctivas y funcionales; en ningún caso podrán ser estéticas.
14. Gastos de maternidad, incluso para quienes se encuentren en el extranjero con cobertura Amplia Internacional siempre y cuando al momento del parto tengan de 7 a 9 meses de estancia en el país de recepción (se excluyen hijas, aún las integrantes de la colectividad para hijos mayores de 25 años). Considerados dentro de este evento, parto o cesárea para la titular, cónyuge o concubina, siempre y cuando haya tenido cobertura de maternidad al menos 12 meses antes del evento, con excepción de hemorragia del primer trimestre del embarazo donde se elimina el período de espera. Los gastos erogados a consecuencia de las complicaciones de embarazo, parto o puerperio, serán reembolsados aplicando el límite máximo de responsabilidad para estos padecimientos con cargo a la cobertura básica que le corresponda.



15. Gastos derivados de prematuridad, siempre y cuando el nacimiento haya ocurrido cuando el titular (padre o madre) tenga una antigüedad mínima de 18 meses al momento del nacimiento, o bien, el usuario afectado hubiese estado asegurado en otra póliza desde su nacimiento. Los gastos erogados a consecuencia de enfermedades congénitas del (os) hijo(s), serán reembolsados aplicando el límite máximo de responsabilidad para estos padecimientos con cargo a la cobertura básica que le corresponda.
16. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo (no estético) que sean indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por condiciones de servicio.
17. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales u oculares que sean indispensables a consecuencia de un accidente o neoplasia cubierto por estas condiciones de servicio.
18. Tratamientos oculares con excepción de los descritos en el numeral 10. Gastos No Cubiertos.
19. Cataratas en el caso de titulares con una antigüedad mínima de 10 años de servicio en la Institución, habiendo cumplido con los 10 años de servicio ininterrumpidos; deberá ser debidamente acreditada mediante escrito expedido por la Dirección General de Personal, Hoja única o constancia de empleo sueldo a través de la oficina virtual.

Para el caso de los beneficiarios cónyuges, éstos deberán cumplir invariablemente con la acreditación de 10 años mínimos de antigüedad en gastos médicos mayores.
20. Gastos médicos derivados de la práctica de buceo, alpinismo, paracaidismo, espeleología y rapel, con motivo de la actividad académica.
21. Gastos por circuncisión. Siempre y cuando no sea de carácter profiláctico.
22. Cuidados paliativos, considerándose aquellos servicios médicos y/o terapéuticos que mejoran la calidad de vida del usuario ante una enfermedad terminal.
23. Gastos por concepto de transfusión de hemocomponentes como concentrados eritrocitarios, plasma, plaquetas, crioprecipitado y otros hemoderivados, incluyendo gastos derivados del análisis, conservación, preparación, distribución, transporte y suministro, realización de pruebas de compatibilidad (incluyendo las de los donantes definitivos) pre-transfusión, estudios o procedimientos especiales; el proceso de transfusión propiamente dicho y reacciones transfusionales o postransfusionales.



24. Terapias de Rehabilitación siempre y cuando sean medicamente necesarias para la recuperación de la salud del Usuario tales como Rehabilitación Musculo – esquelético, Neurorehabilitación, Neurodesarrollo, e Inhaloterapia, entendiendo que el uso de la Inhaloterapia es exclusivamente para la administración de medicamentos para inhalación en padecimientos agudos, a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimiento cubierto, siempre y cuando se cumpla lo siguiente:

- Sean prescritas por el Médico tratante.
- Sean practicadas por un Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- El tipo de Tratamiento y número de sesiones que requiera el Usuario será determinado por el Médico Especialista.
- Las Terapias se llevarán a cabo en centros especializados y certificados por personal que cuente con cédula de especialidad para ejercer la medicina física y de rehabilitación, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para este tipo de terapias se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de Terapia y de especialidad que lo proporcione, de acuerdo a lo siguiente:

TIPO DE TERAPIAS	No. DE SESIONES	PERÍODO
Rehabilitación para Musculo esquelético	1 diaria	El requerido hasta cumplir las 30 sesiones
Neurorehabilitación	1 diaria	Seis meses
Neurodesarrollo	1 diaria	Un año
Inhaloterapia ambulatoria	1 diaria	De acuerdo a las indicaciones del médico tratante

Tanto el usuario como el médico tratante deberán acreditar que las terapias son medicamente indispensables.

25. Cobertura de Emergencia en el Extranjero, emergencias o urgencias (de acuerdo al apartado de Definiciones) para los titulares que viajan en comisión por la UNAM y para aquellos titulares/o sus dependientes que viajen por motivos personales o de recreo, previa contratación de manera potestativa o por su cuenta.

26. Cobertura amplia internacional para el personal becario de la institución y sus beneficiarios, con el mismo beneficio de estas condiciones de servicio, con pago directo en el país de estancia, para hospitalizaciones y honorarios por intervenciones quirúrgicas.

27. Repatriación de restos y evacuación del país por emergencia médica en caso de contar con cobertura en el extranjero, ya sea que se trate de las coberturas de Emergencia en el extranjero y/o amplia internacional, mediante pago directo.



10. GASTOS NO CUBIERTOS

Estas condiciones de servicio NO CUBREN los conceptos que a continuación se enumeran:

1. Enfermedades cuyo diagnóstico se haya realizado previa contratación de condiciones de servicio o antes del ingreso a la Institución.
2. Gastos relacionados con VIH, sin importar mecanismo de transmisión; así como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, a excepción de que el diagnóstico se haya realizado al presentarse complicaciones del mismo padecimiento de manera intrahospitalaria; esta cobertura se hará por una ocasión.
3. Gastos inherentes a diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con excepción de patología oncológica inducida por virus de papiloma humano.
4. Tratamiento de enfermedades infecciosas no complicadas o no catalogadas como emergencia; como resfriado común, amigdalitis aguda, sinusitis aguda, conjuntivitis aguda bacteriana, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, infección de vías urinarias y otras sin criterios de severidad o afección sistémica.

Se entenderá como criterio de gravedad o severidad sistémica, la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos y/o aparición de Choque Séptico, Choque Hipovolémico, Lesión Renal Aguda, Lesión Renal Crónica, Insuficiencia Hepática, Sangrado Activo de Tubo Digestivo y/o Neumonía como consecuencia de las enfermedades infecciosas mencionadas.

5. Tratamiento para Síndrome de intestino irritable y/o dispepsia.
6. Cataratas, cuando no se cumpla con el criterio establecido en gastos cubiertos.
7. Acompañantes en el traslado del usuario como paciente, ni la gestión administrativa en hospitales nacionales o extranjeros.
8. Peluquería, barbería, pedicurista, así como la compra o alquiler de aparatos o servicios para comodidad personal.
9. Tratamientos estéticos, de calvicie (independientemente de su etiología), cosmetológicos, plásticos, gorro DigniCap, implantes de glúteos y bombas de disfunción eréctil, con excepción de Ginecomastia Masculina, previa valoración médica fundamentada y autorizada por la Prestadora de Servicios.
10. Tratamientos dietéticos y de obesidad, con excepción de los auxiliares para coadyuvar a la preservación de la salud del paciente, y como consecuencia de una enfermedad cubierta por estas condiciones siempre y cuando éstas se encuentren justificadas de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica actuales.



11. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o como consecuencia de un tratamiento médico o quirúrgico de padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este apartado.
12. Curas de reposo, exámenes médicos o estudios de cualquier tipo para comprobar el estado de salud, ni check-up.
13. Aparatos auditivos, implantes cocleares y/o auxiliares para mejorar la audición, entendiendo como aparato auditivo a la pieza o implante especial con la finalidad de mejorar o restituir la audición, con excepción de la cobertura referente a padecimientos Congénitos o como consecuencia de un accidente.
14. La compra o renta de zapatos ortopédicos, muletas, silla de ruedas, andaderas, bastones y reposet.
15. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales u oculares no indispensables según lo contemplado en Gastos Cubiertos.
16. Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, o cualquiera de sus complicaciones.
17. Gastos previos al parto, relacionados y realizados durante el período de gestación, excepto las complicaciones previstas en el numeral 15. del apartado Gastos NO Cubiertos.
18. Tratamientos o procedimientos terapéuticos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía, cualquier otro trastorno de la refracción ni sus complicaciones, incluyendo adquisición de Anteojos y lentes de contacto.
19. Tratamientos para corregir alteraciones del sueño, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño.
20. Patologías psiquiátricas trastornos de la conducta, del aprendizaje y del lenguaje, enajenación mental, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis. Tampoco se cubren estudios o tratamientos psicológicos, psiquiátricos o psíquicos independientemente de sus orígenes o consecuencias. Excepto aquellos padecimientos originados por patologías neurológicas como el Alzheimer, Pick y Parkinson.
21. Tratamientos experimentales o de investigación.
22. Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge o compañero(a) del usuario.
23. Accidentes y/o enfermedades derivadas del consumo de alcohol y/o drogas.
24. Enfermedades resultantes del intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aunque se hayan cometido en algún estado de enajenación mental.



25. Enfermedades resultantes de actos delictivos intencionales cometidos por el usuario, ni aquellos derivados de peleas en que el usuario haya participado, siempre y cuando en estas últimas el usuario haya sido el provocador.
26. Enfermedades resultantes del servicio militar de cualquier clase, así como de la participación del usuario en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.
27. Enfermedades resultantes de la práctica profesional de cualquier deporte.
28. Enfermedades resultantes de la participación del Usuario en competencias, entrenamientos, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad. Excepto competencias de tipo amateur.
29. Enfermedades resultantes de la práctica de Box, Lucha Libre o Greco Romana, aun cuando se practiquen de manera amateur u ocasional.
30. Lesiones que el usuario sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor que participe en competencias, entrenamientos, carreras y/o pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.
31. Lesiones que el usuario sufra cuando viaje en calidad de mecánico o miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronave.
32. Interrupción legal del Embarazo o Aborto inducido.
33. La renta por el almacenamiento de células madre en un banco destinado para este fin, o, los gastos por obtención, refrigeración o preparación para ser trasplantadas.
34. Maternidad Subrogada, incluyendo los gastos de la Madre Biológica y de la Mujer Gestante.
35. Donación de órganos y sus complicaciones cuando el Usuario sea el donante.
36. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o disfunción eréctil, aun cuando sean causados por Enfermedades o Accidentes cuyos gastos estén cubiertos.
37. Fórmulas lácteas, Suplementos y complementos alimenticios, Multivitamínicos y complementos vitamínicos, Fórmulas naturistas, Medicamentos Homeopáticos y Fitomedicamentos, a excepción de NPT (Nutrición Parenteral) de acuerdo a lo establecido en el numeral 8. del apartado Gastos Cubiertos.
38. Servicios de asistencia para cuidados generales, tales como aseo personal, alimentación oral y servicios de acompañamiento y administración de medicamentos por vía oral.
39. Gastos derivados de Tratamientos de Hallux valgus.
40. Gigantomastia o Hiperplasia mamaria, después de los 40 años de edad.



11. CIRUGÍA PROGRAMADA

Sólo procederá con hospitales Sede y de Convenio indicados en las presentes Condiciones, así como los establecidos en la RED MÉDICA y HOSPITALARIA de la empresa Administradora, mediante pago directo y previa presentación de la documentación e información solicitada.

12. PERIODOS DE ESPERA

Para los siguientes padecimientos se cubren los Gastos Médicos Mayores resultantes del tratamiento médico o procedimiento terapéutico por Accidente o Enfermedad, una vez que se hayan cumplido los Periodos de Espera que en cada caso se estipulan, contados a partir del inicio de vigencia del servicio:

A PARTIR DE 12 MESES:

- Parto y Cesárea

A PARTIR DE 18 MESES:

- Patología benigna de glándulas mamarias, para patología maligna se excluye periodo de espera.
- Amigdalitis y adenoiditis crónica que amerite tratamiento quirúrgico.
- Hemorroides, fístulas y fisuras rectales.
- Padecimientos ginecológicos, exceptuando patología oncológica.
- Enfermedades cardiovasculares que requieran cirugía.
- Litiasis renal y vesicular.
- Enfermedades de senos paranasales, a excepción de patología oncológica o accidente.

A PARTIR DE 3 AÑOS:

- Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, trastornos motores esofágicos.

A PARTIR DE 5 AÑOS:

- Padecimientos de columna, a excepción de los originados por un accidente de alta energía (considerando estos como aquellos derivados de accidentes vehiculares, atropellamiento, caídas), a excepción del numeral 19. del apartado Gastos No Cubiertos.
- Valvulopatías y arritmias cardíacas.
- Complicaciones crónicas de padecimientos degenerativos especificados: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, síndrome metabólico; para las complicaciones agudas se elimina periodo de espera, incluyendo la agudización de la etapa crónica.
- Patología no traumática de manguito rotador.
- Hernia inguinal, umbilical, y eventraciones de pared abdominal, excepto las clasificadas como congénitas y/o traumáticas y/o como consecuencia de un accidente.
- Degeneración de la articulación de cadera y rodilla, exceptuando las patologías resultantes como consecuencia de un accidente.
- Trastornos neurocognitivos mayores, especificadas en la excepción del numeral 19. del apartado Gastos No Cubiertos.



A PARTIR DE 10 AÑOS:

- Catarata conforme a las especificaciones dentro de gastos cubiertos.

Estos Periodos no aplican en caso de Accidente o Emergencia Médica o para las patologías no incluidas explícitamente en el presente apartado.

13. CLÁUSULAS GENERALES

13.1. ATENCIÓN PARA EL SERVICIO DE PROTECCIÓN DE GASTOS MÉDICOS MAYORES.

El uso del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores comenzará con el PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, para lo anterior, en cuanto se considere necesario y de acuerdo a la circunstancia del malestar y/o síntomas, el usuario también podrá llamar al Centro de Atención Telefónica, quien dará las opciones para otorgar la primera atención del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores; el médico realizará la valoración y aplicación correcta de las condiciones de servicio, realizando así la ATENCIÓN inicial y el seguimiento médico correspondiente.

Derivado de la valoración médica del primer nivel de atención, se darán las instrucciones correspondientes para seguimiento por parte del usuario. Así mismo y de estar en posibilidades a partir de ese instante, se realizará la definición del diagnóstico de la enfermedad como procedente o declinada de acuerdo a estas condiciones de servicio; para el caso de requerir de mayor información médica, se requerirá que el usuario realice los estudios y/o análisis que se le instruyan, a fin de contar con los elementos necesarios para realizar el diagnóstico de la enfermedad como procedente o declinada de acuerdo a estas condiciones de servicio, o en su caso, determinar el tratamiento médico y referencias que corresponda para el cuidado de la salud del usuario.

Cuando el diagnostico corresponda a una especialidad médica, podrá hacer la utilización del servicio de Gastos Médicos Mayores siempre y cuando supere la coparticipación única del usuario establecida en las presentes condiciones.

13.2. PAGO DE RECLAMACIONES.

No se pagará gasto alguno a instituciones de caridad, beneficencia o asistencia social que no exijan remuneración por sus servicios, ni a establecimientos que no expidan CFDI'S con todos los requisitos fiscales.

Solamente serán cubiertos los Honorarios de Médicos y Enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del usuario.

De igual manera, únicamente se pagarán los gastos de internación en sanatorios, hospitales o clínicas debidamente autorizados.



Cuando en una misma sesión quirúrgica el Cirujano practique al usuario dos o más operaciones en una misma región corporal, la empresa Administradora pagará únicamente el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Para el caso de las cirugías en donde se requieran más de dos operaciones en una misma región corporal de las diferentes especialidades, estas serán cubiertas al 100% previa justificación médica de las notas quirúrgicas y el Informe Médico correspondiente, este porcentaje no aplica al equipo médico.

Cuando en una misma Intervención Quirúrgica se traten 2 enfermedades, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Honorarios médicos del cirujano principal y ayudantes: de acuerdo a lo estipulado para una enfermedad o accidente cubierto, en la Tabla de Honorarios Médicos para el procedimiento cubierto.
- Anestesiólogo: 60% del porcentaje establecidos en numeral 3. del apartado Gastos Cubiertos, para una enfermedad o accidente cubierto.
- Hospital: se pagará el 60% de la factura total.

La Subdirección de Seguros y Gastos Médicos Mayores de la Dirección General de Personal, podrá, en todo momento, solicitar toda información médica y/o circunstancial del siniestro, para determinar su procedencia.

Solo se realizarán pagos por concepto de reclamaciones cuyo gasto haya sido efectuado durante esta vigencia. El plazo para efectuar el trámite de reembolso de estas reclamaciones no deberá posterior a las 12:00 del 15 de julio de 2027.

De conformidad a lo establecido en PAGO DE RECLAMACIONES, NO se permitirá bajo ninguna circunstancia la aplicación de penalizaciones por parte de la empresa administradora.

13.3 LÍMITE MÁXIMO DE EDAD PARA ACEPTACIÓN

Únicamente para el titular siempre y cuando haya ingresado a la UNAM antes de los 64 años y siga vigente en nómina como personal considerado en el concepto de elegibilidad como obligatoria, potestativa y adicional, aun cuando estos ya no se encuentren en nómina, se tendrá el derecho a la renovación permanente en el Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

13.4 ALTAS

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos en estas condiciones, en el rubro de elegibilidad, podrá ser incluida en la cobertura mediante solicitud del contratante y aceptación de la Administradora, conforme a las condiciones lícitas. En el caso de la población cuya incorporación es obligatoria el titular quedará cubierto a partir de la fecha de inicio de su nombramiento; y sus dependientes económicos, quedarán protegidos a partir



de la fecha que indique el sello más antiguo de la Institución y/o de la empresa administradora, esta población no estará sujeta a selección de riesgo y/o examen médico.

Los hijos de los usuarios Titulares que nazcan dentro de la vigencia de estas condiciones de servicio, quedarán cubiertos desde el nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, y se dé aviso a más tardar antes el término de la vigencia, siempre y cuando el Titular (padre o madre) tenga 10 meses de cobertura continua en estas condiciones de servicio al momento del nacimiento.

En caso de cambiar o dar de alta dependientes económicos, el titular deberá llenar el formato correspondiente en el(los) Módulo(s) que la empresa administradora establecerá para dar atención a la Comunidad Universitaria.

13.5 BAJAS

Causarán baja aquellos usuarios que no cuenten con las características de elegibilidad, en el caso de titulares, a partir de su baja, suspensión de labores o por cambio de nombramiento en la Institución sin previa notificación con los documentos necesarios, y en el caso de los dependientes económicos la baja será automática cuando se den los supuestos anteriores, o bien, se deje de pagar la cuota fija.

En el caso de los académicos de asignatura, tendrán que notificar semestralmente el área correspondiente de la Subdirección de Seguros y Gastos Médicos Mayores de la Dirección General de Personal acerca de algún cambio en su estatus laboral, como disminución o aumento de horas, cambio de entidad de adscripción, baja por nuevo nombramiento o baja debido a falta de grupo, etc.; de lo contrario, causarán baja automática a los 30 días subsecuentes al no realizar la retención de nómina correspondiente.

El titular podrá dar de baja en cualquier tiempo a sus dependientes económicos, mediante solicitud escrita y firmada de manera autógrafa a través del formato correspondiente para que el beneficio termine a partir de la fecha de mayor antigüedad que indique el sello de la Institución o de la empresa administradora.

Los(as) hijos(as) al cumplir su 25 aniversario de edad serán dados de baja automáticamente, pudiendo ser incorporados, previa solicitud del titular y hasta su aniversario 29 (en el cual causarán baja definitiva y automática), siempre y cuando reúnan las características establecidas, en el concepto edad. Los(as) hijos(as) mayores de 25 años serán baja automática en el caso de que el Titular se dado de baja independientemente de la causa.

13.6 EDAD

El límite de edad para la aceptación de usuarios de **la población obligatoria y en la definida como potestativa (titulares, cónyuges o compañeros(as)) será de 64 años.**

En el caso de altas en estas condiciones de servicio de los(as) hijos(as), para la cobertura básica, la edad máxima de aceptación será hasta su aniversario número 24, cumplido el aniversario 25 causará(n) baja automática, pudiendo contratar la cobertura adicional de hijos mayores de 25 hasta su aniversario 29, siempre y cuando se acredite mediante escrito y/o constancia vigentes que reúnen las características de: Dependencia



económica con el titular, sean solteros, y se encuentren realizando estudios de cualquier rama del conocimiento, avalados, por la Secretaría de Educación Pública y/o en Instituciones u Organizaciones educativas reconocidas a nivel nacional o internacional.

13.7 RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Antigüedad: Es el período de tiempo en que el usuario ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida por una póliza de seguro de gastos médicos mayores, en alguna compañía de seguros. El reconocimiento de antigüedad únicamente surte sus efectos en el caso de cuantificación de tiempo para eliminar periodos de espera.

Para obtener los beneficios que otorga el presente Servicio y opere el reconocimiento de antigüedad generado con otras compañías Aseguradoras, sean pólizas de grupo o contratadas en forma individual: en el primer caso, deberá el usuario presentar copia de estas condiciones de servicio o certificado, cuando menos de los dos últimos años o vigencias, y para el caso de las individuales, los recibos de pago de al menos de la última vigencia.

Este reconocimiento operará siempre y cuando, el usuario no haya tenido periodos al descubierto mayores a treinta días y dicho periodo al descubierto no sea imputable al propio usuario.

Igualmente, este beneficio se aplica para toda la población usuaria que hubiese cambiado de estatus en estas condiciones de servicio.

13.8 PREEXISTENCIA

No serán cubiertas las enfermedades cuando el diagnóstico se haya hecho antes de la incorporación a la colectividad del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores.

De igual manera se cubrirán los padecimientos preexistentes cubiertos para el personal que viaje al extranjero con cobertura amplia internacional. Para el caso de quienes viajan con cobertura de emergencia en el extranjero será por única vez y hasta su estabilización y/o que el médico tratante emita el alta correspondiente.

Este apartado aplica para para el personal indicado en el concepto de elegibilidad como UNAM-1 Y UNAM-2.

13.9 DESCUENTOS POR NÓMINA

El costo de la cuota será informado a través de los mecanismos institucionales como las Circulares, o bien, por medio de los Módulo de atención.

Para el caso de la Colectividad UNAM – 2, en caso de que desee modificar el Límite Máximo de Responsabilidad, deberá acudir a los Módulos de Atención establecidos para realizar el trámite correspondiente.



El usuario acepta y está de acuerdo que la Institución, previa autorización por escrito, retenga de sus percepciones quincenales el importe de las cuotas correspondientes para el servicio contratado de manera potestativa, por lo que autoriza que cada inicio de vigencia y sin la necesidad de nueva autorización, dicha contratación del servicio sea renovada de manera automática sin necesidad de actualizar el consentimiento para ello. El usuario tendrá la facultad de cancelar este servicio, mediante la expedición y firma del formato correspondiente, con treinta días de anticipación.

El pago a través de descuento por nómina se podrá realizar, siempre y cuando las percepciones del usuario permitan realizar el descuento total correspondiente.

La falta de pago de cuotas por un periodo mayor a 30 días será causa de baja automática del Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores, con independencia de la causa que lo haya originado, ya sea laboral o personal, con la consecuente pérdida de los beneficios que estas condiciones de servicio les haya proporcionado.

13.10 CONTRATO

Instrumento jurídico anexo a estas bases, que formalizará los derechos y obligaciones entre la UNAM y el licitante adjudicado, las cuales se encuentran establecidas en el anexo técnico de la licitación, así como en las solicitudes, cuestionarios médicos, endosos que se agreguen, tabuladores de honorarios médicos y otros que amparen en esas condiciones a todos los usuarios que se encuentren dados de alta en este servicio.

13.11 OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en este servicio estuvieran amparadas total o parcialmente por este u otros seguros u otras Aseguradoras, el usuario no podrá recibir más del 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del usuario presentar a la Administradora fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) Aseguradora(s) con relación al evento reclamado.

Si las coberturas de este servicio estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras compañías, las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza de acuerdo al contenido de los artículos 100, 101 y 102 de Ley Sobre el Contrato de Seguro.

13.12 ERRORES U OMISIONES

Los errores u omisiones tanto de la convocante como de la Administradora, en ningún caso lesionarán los derechos o intereses de los usuarios, aceptando la empresa Administradora las correcciones que la Convocante le efectúe por escrito, las cuotas, si las hubiera, se pagarán en el momento del ajuste, trimestral o final según se detecte el error o la omisión.



En aquellos casos en que se trate de conceptos o elementos de redacción sujetos a interpretación por parte de la Administradora, ésta conviene a que, en todo caso, la interpretación será aquella que favorezca a los usuarios o a la Convocante, según se trate.

13.3 COMPETENCIA

En caso de controversias o discrepancias en la aplicación de los términos y Condiciones del Servicio, el Usuario del servicio se someterá a un procedimiento de conciliación ante la Subdirección de Seguros y Gastos Médicos de la Dirección General de Personal de la UNAM, a fin de que a través de una amigable composición se busque llegar a un convenio conciliatorio. De no ser así, el usuario podrá presentar su inconformidad ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros en sus oficinas Centrales o Delegaciones.



APARTADO A

COBERTURA INDIVIDUAL DE EXCESOS

De manera opcional y con el pago de la prima correspondiente, se podrá contratar una póliza individual para padecimientos cubiertos en el Esquema Autoadministrado de Gastos Médicos Mayores en rangos de en rangos de **\$1,000,000.00 (UN MILLÓN DE PESOS 00/100 M.N.), \$2,000,000.00 (DOS MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.) y \$3,000,000.00 (TRES MILLONES DE PESOS 00/100 M.N.)** adicionales al límite máximo de responsabilidad, la aplicabilidad iniciará cuando el primer gasto sea posterior a la contratación de esta cobertura y respetando la antigüedad que se tenga en vigencias anteriores y hasta el agotamiento de Suma Asegurada contratada.

Esta cobertura aplicará al agotarse el Límite máximo de responsabilidad establecido en las Condiciones y tendrá un periodo de espera de 45 días, por lo que solo quedarán cubiertos padecimientos o accidentes que ocurran después de la contratación de la póliza y cubrirá los gastos que se sigan erogando por la atención médica recibida para el padecimiento atendido, esto será hasta el agotamiento de la cobertura de exceso contratada.

La prima de esta cobertura será pagada en su totalidad por el usuario, en el caso de que el cónyuge y/o compañero(a), tuvieran el carácter de Titular, únicamente se podrá reconocer sus derechos como titular, en el caso de los hijos, se le otorgará solo una póliza, aunque ambos padres tengan el carácter de titular; el presente reconocimiento será aplicable tanto para la población obligatoria como potestativa en los mismos términos, condiciones y tarifas.

Las Altas se podrán solicitar los primeros 10 días de cada mes y posterior a la incorporación en la colectividad básica del esquema autoadministrado, la suma elegida por el usuario no podrá ser modificada durante la bianualidad.

Para la colectividad UNAM 2, en el caso de los usuarios con una suma asegurada de \$500,000.00 únicamente podrán contratar hasta la suma de exceso de \$2,000,0000.00.

Las Bajas se podrán solicitar en cualquier momento durante la vigencia por escrito y con 45 días de anticipación, consecuentemente se entenderá que el usuario está de acuerdo en que se renueve dicha cobertura de manera automática para vigencias posteriores.

Si el contratante desea que el pago de la prima de esta cobertura sea por descuento nominal, la institución únicamente hará las retenciones y consecuentemente la entrega del documento fiscal correspondiente será a cargo de la empresa sin responsabilidad alguna para la institución.

FACTURACIÓN

En caso de pago de primas por descuento por nómina, la emisión de CFDI'S (Certificado Fiscal Digital por Internet) y entrega respectiva por el (los) período(s) fiscal(es) pagado(s) se realizará de acuerdo a los requerimientos establecidos por la secretaría de hacienda y crédito público y a solicitud de la población usuaria; ya sea en los módulos de atención exclusiva de la convocante y/o en línea en la página web.