

## Enfermedades, tratamientos y otros gastos no cubiertos



Existen diversos diagnósticos, tratamientos, enfermedades o complicaciones no cubiertas por la póliza de Asistencia Médica Colectiva. A continuación te mostramos las más importantes; sin embargo, podrás encontrar el detalle completo en tu plan de beneficios o contrato.

- Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas ni cristales.
- Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la OMS (a excepción de los diagnósticos F00 al F09). No están cubiertas las curas de reposo o del sueño.
- Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
- Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, manifestados en cualquier etapa de la vida (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).
- Cirugía o dermatología estética, cosmética o plástica, a excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitavelmente informado y aceptado por la Aseguradora para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica. No se cubre ningún tratamiento médico ni quirúrgico de várices con fines estéticos. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.
- Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de tatuajes ni piercing.
- Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los CIE-10 L57, L58 o L59. No se cubren lágrimas naturales (salvo casos de síndrome de ojo seco).





- Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.
- Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o uso excesivo de alcohol en forma aguda o crónica, así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo influencia de drogas registrados en la historia clínica y/o con el dosaje respectivo (caso del alcohol: nivel sérico > 0.5 g/dl).
- Lesiones o enfermedades a consecuencia de actos de guerra, revoluciones y de fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como los que resulten de la participación activa en motines, huelgas, conmoción civil, terrorismo o actos delictivos.
- Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
- Sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión. Las pruebas de laboratorio realizadas a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente trasfundidas.
- Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños.
- Todos los gastos relacionados al incumplimiento de las indicaciones médicas por decisión del propio paciente, así como la automedicación en perjuicio de su curación y/o rehabilitación. No se cubren tratamientos, procedimientos o medicamentos otorgados o expedidos sin indicación o receta médica ni cualquier estudio, tratamiento, análisis o procedimientos no relacionados directamente a un diagnóstico determinado.
- Leches maternizadas (excepto en casos de imposibilidad documentable de Lactancia Materna solo durante los días de hospitalización del recién nacido y exclusivamente durante la etapa puerperal).
- Equipos médicos como glucómetros (equipo y tiras). En el caso de los asegurados pertenecientes a CUIDATE Diabetes, se cubre el examen bioquímico de glucosa sérica. No se cubren termómetros, tensiómetros, equipos de oxigenoterapia, nebulizadores, CPAP o similares, por considerarse de uso personal.
- Estudios, pruebas y tratamientos genéticos a excepción de los asegurados que cuentan con cobertura de Enfermedades Congénitas en los que los estudios y pruebas genéticas, si estarán sujetas a cobertura.
- Todo equipo, fármaco, insumo o procedimiento médico de reciente implementación o nueva tecnología deberá tener el debido sustento científico que brinde un beneficio clínico relevante frente a los fármacos, insumos o procedimientos médicos ya existentes (Medicina Basada en Evidencias, nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) y deberá ser presentado por el proveedor de salud y contractualmente aprobado por LA COMPAÑÍA para poder ser cubierto. No se cubren productos, servicios, procedimientos, insumos, medicamentos o tratamientos experimentales, o en fase de período de prueba o investigación.





- Modificadores de la respuesta biológica tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, y anticuerpos monoclonales (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios). Tampoco cuentan con cobertura otros tratamientos biológicos como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios).
- Ecografías 3D y 4D. Solo se cubrirán un máximo de 3 ecografías 3D adicionales en el caso de diagnóstico ecográfico de Malformación Congénita en la ecografía bidimensional.
- No se reconocerán honorarios por encima de lo pactado con los Proveedores de Salud, y en el caso de reembolso, honorarios superiores a la tarifa pactada en el Plan de Beneficios. Tampoco se reconocerán sobrecostos de medicamentos, insumos, material médico o procedimientos diagnósticos o terapéuticos por encima de los costos establecidos por LA COMPAÑÍA (tanto a crédito como a reembolso).
- Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o pandemias declaradas por la OMS.
- No están cubiertas las prótesis ortopédicas y las ortesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos.
- Gastos por alquiler de unidades de calefacción, equipo purificador de aire, equipo motorizado de transporte, escaleras mecánicas, ayudas acústicas, piscinas, teléfonos, artefactos eléctricos ni gastos de acompañantes.

