



CONDICIONADO HCM IPP-UPEL

Aprobado en la sesión ordinaria del Consejo Universitario N° 426 de fecha 7/10/2015

CLÁUSULA N° 1

DEFINICIONES

1. UNIVERSIDAD

Este término se refiere a la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (U.P.E.L), la cual está conformada por la Sede Rectoral y los siguientes Institutos: Instituto Pedagógico de Caracas, Instituto Pedagógico de Barquisimeto: “Dr. Luis Beltrán Prieto Figueroa”, Instituto Pedagógico de Maturín, Instituto Pedagógico de Maracay: “Rafael Alberto Escobar Lara”, Instituto Pedagógico de Miranda: “José Manuel Siso Martínez”, Instituto de Mejoramiento Profesional del Magisterio, Instituto Pedagógico Rural “Gervasio Rubio”, y el Instituto Pedagógico Rural “El Mácaro”.

2. IPP- UPEL

Se define e identifica así al Instituto de Previsión Social para el Personal Académico de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

3. SAMI – UPEL

Es el PROGRAMA DE SALUD creado por el IPP – UPEL con el objeto de administrar, bajo un enfoque autogestionario, la cobertura de Hospitalización, Cirugía y Maternidad que la Universidad ha aceptado mantener para su PERSONAL ACADÉMICO fijo y contratado.

4. CONDICIONADO

Es el contrato de administración, aprobado por el Consejo Universitario de la Universidad, que contiene el cuerpo de normas para regular la cobertura del Sistema de Hospitalización Cirugía y Maternidad (H.C.M.), suscrito entre la UPEL y el IPP – UPEL, en concordancia con la Acta Convenio firmada por la Universidad.

5. AFILIADO

Es el término que define al Titular y todo Beneficiario que ha formalizado su inscripción a través de la solicitud de ingreso al registro de afiliados en la Dirección General de Personal o en la Unidad de Personal respectiva.

6. TITULAR

Es todo trabajador Docente de la Universidad en la condición de fijo o contratado, jubilado o pensionado por incapacidad y sobreviviente, sin límites de edad y debidamente inscrito en el Sistema de cobertura H.C.M; así como también a todo trabajador fijo del IPP – UPEL

7. BENEFICIARIO

Término que identifica a cualquiera de las siguientes personas incluidas por el Titular en el Sistema de cobertura H.C.M., previa comprobación legal de su condición de acuerdo a la Acta Convenio.

a) El Cónyuge o el (la) Concubino (a), sin límite de edad, en los términos previstos en la Acta Convenio, debidamente registrados en la oficina de Personal de la UPEL.

b) Los hijos:

- Con edad menor o igual a dieciocho (18) años.

- Con edad mayor a dieciocho (18) años, que demuestre su condición de estudiante, hasta cumplir los veintiocho (28) años de edad.

e) Los hijos de cualquier edad, siempre y cuando demuestren anualmente y mediante Informe Médico plena incapacidad física, o se les compruebe incapacidad mental para estudiar y trabajar.

f) El padre y la madre del Titular, sin límite de edad, de acuerdo a lo establecido en la Acta Convenio

g) Los sobrevivientes del Titular, debidamente inscritos en el Registro de Afiliados para la fecha de su fallecimiento, que manifiesten por escrito su voluntad de permanecer en el programa. Se incluyen en esta categoría los hijos póstumos.

8. REPORTE GENERAL DE AFILIADOS

Es el Registro de Afiliados emitido por la UPEL, donde constan los datos actualizados del Titular y sus Beneficiarios y que comprueba la legitimidad de la afiliación.

9. LAPSO DE DIFERIMIENTO

Es el lapso que establece la UPEL para regular el ingreso al subsistema al Titular y sus Beneficiarios.

10. CENTRO HOSPITALARIO

Se entenderá como tal, a los efectos de este Condicionado, cualquier instituto de salud público o privado legalmente establecido para prestar servicios de hospitalización, asistencia de índole médica, quirúrgica u obstétrica y exámenes del tipo laboratorio, radiológicos e imagenológicos. Se incluyen en esta categoría, solo para tratamiento, a las instituciones para drogadictos o alcohólicos, enfermos mentales, guarderías geriátricas o gerontológicas e instituciones de descanso para ancianos.

11. PROVEEDORES

Personas o instituciones legalmente autorizadas y en convenio con el IPP-UPEL para proveer servicios y/o suministros relacionados con el tratamiento de pacientes, sin formar parte del cuerpo facultativo. Queda entendido que los proveedores son contratistas independientes no tercerizados y la prestación de sus servicios y/o suministros no genera responsabilidad por parte del IPP- UPEL.

12. MÉDICO TRATANTE

Profesional legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente tratado.

13. ENFERMEDAD

Es toda alteración de la salud que provoque anormalidad fisiológica o psicológica en el afiliado, de tal manera que le impida realizar normalmente sus funciones naturales o el ejercicio habitual de sus actividades y ocupaciones.

14. ENFERMEDAD CONGÉNITA

Es toda alteración o desviación del estado fisiológico, de una o varias partes del cuerpo, que existan desde el nacimiento del individuo o antes del mismo.

15. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Es toda enfermedad sintomática o no, que el afiliado padezca o haya padecido antes de la vigencia del presente condicionado, conocida o no por él mismo, o bien toda enfermedad de carácter crónico que en consecuencia requiere de un período largo de evolución en el organismo para manifestarse y ocasionar lesiones corporales o funcionales.

16. ENFERMEDAD PROFESIONAL

Según lo establecido en la LOPCYMAT, “Es el estado patológico resultante de las labores que efectúa el trabajador o del medio en el cual se encuentra obligado a trabajar y provoca en el organismo una lesión o un trastorno funcional o corporal”. Dicha enfermedad puede ser causada por agentes químicos, físicos y biológicos.

17. ACCIDENTE

Es cualquier acción violenta y fortuita, causada por un agente externo independientemente de la voluntad del Afiliado, que le ocasione lesiones corporales internas y/o externas, las cuales requieran de atención médica inmediata.

18. ACCIDENTE DE TRABAJO

Acogiendo lo establecido en la LOPCYMAT, “Es un suceso repentino que sobreviene por causa o con ocasión del trabajo y que produce en el trabajador daños a la salud (una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte). Ejemplo herida, fractura”.

19. ENFERMEDAD MÉDICA DE ATENCIÓN INMEDIATA

Es la situación inesperada de agravamiento de la salud del Afiliado que requiere de atención médica o quirúrgica inmediata, ocasionada por alguna de las causales siguientes:

- a) Accidente.
- b) Anormalidad fisiológica que ponga en peligro su vida y demande la hospitalización inmediata.

20. ELECTIVA

Toda atención médica, hospitalización o intervención quirúrgica que puede ser programable en el tiempo.

21. SERVICIOS MÉDICOS

Conjunto de labores, tratamientos y/o intervenciones de enfermedades, reconocidos por la Federación Médica Venezolana y que tiene como objeto principal la atención médica o su profilaxis.

22. GASTOS AMBULATORIOS

Son todos aquellos gastos incurridos por el Afiliado por concepto de atención médica, para el tratamiento de una enfermedad diagnosticada o accidente, que no requieran hospitalización.

23. GASTO RAZONABLE, USUAL Y ACOSTUMBRADO

A los efectos de este condicionado, se entenderá como gasto razonable, usual y acostumbrado, para un mismo tipo de intervención o atención, el promedio de gastos cobrados según los registros respectivos:

- a) Por profesionales médicos de experiencia y calificación similar, cuando se trate de Honorarios Médicos.
- b) Por Centros Hospitalarios y proveedores de similares características en cuanto a instalaciones, calidad, servicios y equipos disponibles, dentro de una misma localidad, cuando se refiere a gastos clínicos, suministros y materiales.

24. BAREMO

Es el instrumento de control que refleja los gastos considerados por el IPP – UPEL como gastos razonables, usuales y acostumbrados, dentro de una misma localidad, y según la categoría del centro dispensador de salud.

25. RECLAMACIÓN

Llamada también siniestro o pérdida y constituye la ocurrencia del riesgo o realización del evento previsto y garantizado por la cobertura de H.C.M.

26. FORMAS DE INGRESO Y EGRESO A LOS CENTROS HOSPITALARIOS

Acto mediante el cual el IPP-UPEL identifica al usuario y autoriza la prestación del servicio y la aceptación de los gastos incurridos

1. Carta Aval: Documento que garantiza por parte del IPP –UPEL la responsabilidad de asumir los gastos médicos generados por una intervención electiva ante un centro de salud.
2. Clave de Ingreso: otorgamiento de una clave numérica a los casos de emergencias médicas, con el objeto de garantizar y facilitar el ingreso de los afiliados del IPP – UPEL a cualquiera de los centros de atención médica que prestan sus servicios al IPP-UPEL en todo el país. Este servicio será efectivo mediante la notificación vía telefónica u otro medio de comunicación electrónica.

27. DECLARACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y GASTOS MEDICOS.

Formato a través del cual “el Afiliado Titular”, “el Centro Hospitalario” o “el Médico” declaran, además del nombre del beneficiario, las causas, naturaleza, cuantía y resultados de los servicios hospitalarios prestados y los gastos médicos originales.

28. INFORME MÉDICO

Es el documento emitido por el profesional de la medicina que atiende al Afiliado como paciente, en el cual debe indicar en la forma clara y precisa los antecedentes del mismo, etiología y evolución de la enfermedad tratada, así como también el tratamiento médico indicado.

29. COBERTURA

Es la indemnización, por parte del IPP- UPEL, a los prestadores de servicio o titulares, por los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por los afiliados, que ocasionen atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas que fueren médicamente necesarias por cada enfermedad o accidente.

CLÁUSULA N° 2

OBJETO DEL CONDICIONADO

El objeto del presente condicionado es normar la administración del sistema de cobertura de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), convenida entre la UPEL y el IPP – UPEL, para garantizar a los afiliados un respaldo financiero ante los prestadores de salud.

CLÁUSULA N° 3

BASES LEGALES

Se establecen como las bases legales para el presente Condicionado, los principios rectores de previsión social integral establecidos en el Artículo 114 de la Ley de Universidades, el Reglamento General de la UPEL, las Resoluciones Nros. 93.138.694.1, 94.154.554, 99.204.861.1y 2008.317.3071, de fechas 08/07/93, 11/09/94, 09/01/99 y 09/10/08 respectivamente, emanadas por el Consejo Universitario a través de los cuales se crea el IPP –UPEL., y se aprueba el Estatuto que lo rige y la modificación del mismo; así como también, la Acta Convenio, Convenciones y la solicitud de ingreso al Registro de Afiliados.

CLÁUSULA N° 4

ADMISIÓN EN EL SUBSISTEMA

Para el ingreso al subsistema de HCM, se establecen los siguientes criterios y procedimientos:

1. El interesado deberá llenar correctamente la Planilla de Solicitud de Ingreso al Registro de Afiliados, de acuerdo con el Formato suministrado para tal fin, por la Dirección General de Personal de la UPEL o las Unidades de personal de los Institutos que conforman la Universidad y con sujeción al

procedimiento establecido por la primera de esas dependencias.

2. El interesado que no se hubiese inscrito dentro del primer trimestre después de su ingreso o inicio del contrato o del nacimiento del vínculo familiar (hijo (a), cónyuge o concubino (a)), deberá someterse a un lapso de diferimiento de 60 días.
3. No se aplicará el lapso de diferimiento en los casos de emergencia médica prevista en este condicionado.
4. En ocasión de la muerte del titular, los beneficiarios sobrevivientes (cónyuge o concubino (a) ascendientes y descendientes) inscritos en el Registro de Afiliados, tendrán un lapso máximo de sesenta (60) días hábiles a partir del fallecimiento del titular para manifestar su voluntad de permanecer en el sub - programa de salud. El sobreviviente deberá cotizar el 100% del monto de la prima.
5. El titular que se excluyó, o excluyó del sub – programa de salud a alguno de sus beneficiarios por voluntad propia, y posteriormente quiere inscribirse o ingresar a alguno de sus beneficiarios excluidos, deberán someterse a un lapso de 180 días.

CLÁUSULA N° 5

EFFECTIVIDAD DE LA COBERTURA

1. La UPEL formalizará la inscripción en el Programa de Salud SAMI – UPEL dentro del primer trimestre en el cual el interesado adquirió su condición de fijo o contratado (a), según corresponda, o le nace el vínculo familiar (hijo (a), cónyuge o concubina (a)).
2. La Dirección General de Personal coordinada con las Unidades de Personal de los Institutos que conforman la Universidad, enviará al IPP – UPEL la hoja resumen de los movimientos del mes debidamente firmados por los jefes de Unidades y autorizado por la Dirección General de Personal, a objeto de que ese organismo ejecute la efectividad de la cobertura de acuerdo a la fecha indicada en la comunicación.
3. La Dirección General de Personal de la UPEL enviará mensualmente al IPP – UPEL el Reporte General de Afiliados, debidamente actualizados, por vía magnética.

CLÁUSULA N° 6

DETERMINACIÓN Y AJUSTE DE LA PRIMA

La Universidad, representada por la Dirección General de Personal, determinará el valor de la prima, basada en un estudio estadístico – actuarial que ofrezcan un producto de características similares al prestado por el IPP – UPEL y con base a la siniestralidad obtenida y el número de afiliados existente.

No obstante, a lo anterior, la Universidad revisará semestralmente el monto de la prima vigente con el propósito de ajustarla en atención a los niveles de siniestralidad registrados durante el período considerado, respetando los porcentajes establecidos en las Actas Convenio, Convenciones Colectivas y Acuerdos Federativos vigentes suscritos entre los gremios y la UPEL.

Por lo antes planteado, el IPP – UPEL se compromete a enviar trimestralmente el informe (montos) de siniestralidad del HCM, de toda la población asegurada clasificada por tipo de personal.

CLÁUSULA N° 7

PAGO DE PRIMA

La prima correspondiente a esta cobertura deberá ser pagada por la UPEL y los afiliados de acuerdo con los montos que les correspondan según las Actas Convenio y Convención Colectiva, con moneda de curso legal del país, en la fecha exigida para su cancelación y con la modalidad acordada por las partes.

CLÁUSULA N° 8

ADMINISTRACIÓN DE LA PRIMA

La Universidad, a objeto de lograr una administración eficiente por parte del IPP – UPEL y garantizar así el respaldo financiero de los afiliados ante los Centros Hospitalarios, está obligada a hacer efectiva la entrega del monto de la prima al IPP – UPEL de la manera siguiente:

1. Mensualmente y por adelantado y previa presentación de la data de afiliados, por parte del IPP-UPEL.

CLÁUSULA N° 9

GASTOS AMPARADOS Y BENEFICIOS PREVISTOS EN LA COBERTURA DE HCM

Los beneficios que otorgan la cobertura H.C.M., cubrirán los gastos razonables causados por enfermedades o lesiones que se encuentren incluidas en el presente condicionado.

Diagnósticos amparados:

A tal efecto quedan cubiertas, al momento de hacerse efectiva la cobertura, todas las enfermedades preexistentes y congénitas, los defectos físicos adquiridos por accidentes y operaciones, así como también las secuelas de enfermedades contraídas antes de la fecha de efectividad de la cobertura.

Gastos amparados

Servicios Médicos:

Se incluye los gastos médicos y exámenes con fines de diagnóstico, cuyo costo sea superior a 5,5 unidades tributarias, el mismo será imputado a la patología que origina el estudio.

A continuación se especifican los conceptos de gastos que se incluyen en este aparte, bajo la condición de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.

Servicio de clínica:

* Cuarto y alimento: Son los gastos en que incurra el afiliado por concepto de habitación y comida (salvo gastos de Fuentes de Soda o Restaurant), mientras dure la hospitalización, siempre que dicha hospitalización haya sido prescrita por el médico tratante del afiliado. Se cubre bajo este rubro la habitación privada, excepto suite o semi suite.

* **Otros servicios complementarios:** Son los gastos en que incurra el afiliado mientras dure la hospitalización y los cuales se indican a continuación:

1. Gastos por un (1) acompañante.
2. Admisión, sin considerar gastos de administración y cobranzas.
3. Servicio de dosis unitaria y endovenosa.
4. Llamadas telefónicas urbanas y televisión.
5. Servicio de quirófano y sala de recuperación.
6. Equipos utilizados para la atención médica del afiliado durante su permanencia en el hospital o clínica.
7. Medicinas y material quirúrgico o de cura suministrados por proveedores autorizados.
8. Derecho y Material de Anestesia.
9. Oxígeno
10. Transfusiones de sangre.
11. Terapia intensiva
12. Ambulancia
13. Procedimiento de IMAGENOLOGIA (Rx simple, Tomografías Lineales, Tomografías Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética Nuclear (RMN), Estudios Angiográficos, Urografía de Eliminación, Artografía y Ultrasonido.
14. Exámenes de Laboratorio y Estudios Microbiológicos.
15. Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos (Biopsia, Citología, Pruebas de Esfuerzo, Electrocardiograma en reposo (EKG), Holter, Electroencefalograma (EEG), Electromiografía y (EMG).
16. Monitoreo (Electrocardiografía, Presión Arterial Invasiva, o no Invasiva, Saturación de Oxígeno, Electroencefalografía, Potenciales Evocados, Dinamap).
17. Uso de Equipos de Alta Tecnología para Tratamientos Quirúrgicos (gastos incurridos por el uso de aparatos de Alta Tecnología, no experimentales, para el tratamiento quirúrgico de una enfermedad).
18. Honorarios del médico tratante, cirujano principal, dos ayudantes como máximo (cuando la complejidad de la cirugía así lo requiera) y los Honorarios del anesthesiólogo.
19. Quimioterapia y radioterapia.

En ningún caso tales gastos se refieren a los que se ocasionan por exámenes de chequeo de la salud o el diagnóstico de enfermedades.

*** Medicinas, suministros y materiales médicos – quirúrgicos:**

Las medicinas deben haber sido suministradas por prescripción médica específica, y necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo del asegurado, y ser adquiridas en un establecimiento debidamente autorizado para el expendio de productos farmacéuticos, y para su indemnización deberán presentarse los correspondientes récipes originales de prescripción y el informe médico que indique la patología. Los suministros y material médico quirúrgico, serán indemnizados contra la presentación en detalle del consumo, suministrados por la institución hospitalaria y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.

*** Gastos incurridos por el alquiler o la compra de Equipos médicos temporales o permanentes:**

Los gastos originados por concepto de aparatos ortopédicos, adquisición de muletas; botas ortopédicas; prótesis: oculares, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas y las derivaciones ventriculoperitoneales, así como marcapasos cardiacos; sillas de ruedas; camas especiales; equipos para

la administración de oxígeno; respiradores artificiales y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria, y en general, todos aquellos equipos recomendados por el médico tratante en forma temporal o permanente, médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o para la prevención de complicaciones médicas, según el estado de salud del afiliado, se considerarán cubiertos solamente por el alquiler (cuando sean de forma temporal) y por el precio de compra de tales equipos o aparatos (cuando sea de forma permanente). Se incluye bajo esta categoría cualquier clase de equipos especiales, mecánicos y bioeléctricos. En cuanto al máximo de reconocimiento de gastos por botas ortopédicas es de tres (3) botas al año.

* Gastos incurridos en caso de dos (2) diagnóstico diferentes:

Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, el afiliado es atendido por dos o más cirujanos, o se efectúan dos o más operaciones, estas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización, a menos que en la facturación enviada por los centros hospitalarios aparezcan desglosados los montos correspondientes a cada uno de los procedimientos, de forma tal que permita ser adjudicados a los diagnósticos correspondientes, para así poder realizar la indemnización por cada rubro.

* Gastos incurridos en la adquisición de los cristales (anteojos) según fórmula prescrita para corregir defectos de refracción visual. El costo será imputado a una patología relacionada con el defecto visual a corregir, hasta por un límite en bolívares equivalente a cien (100) unidades tributarias.

CLÁUSULA N° 10

EXCLUSIONES

El presente condicionado no cubre los gastos incurridos ya sea directa o indirectamente a consecuencia de las siguientes situaciones, o por los servicios médicos hospitalarios recibidos que se mencionan a continuación:

a) Servicios Médicos – Hospitalarios:

1. Controles médicos y exámenes con fines de diagnóstico, cuyo monto sea inferior a 5,5 unidades tributarias.
2. Medicinas sin prescripción facultativa, o no relacionadas con la enfermedad o accidente tratado y todos los demás gastos de material médico quirúrgico, medicinas e instrumentos no desglosados en la facturación con respecto al nombre y cantidad utilizada o suministrada. Los gastos correspondientes a exámenes de laboratorio, radiológicos o especiales que no sean acompañados de sus resultados.
3. Chequeos y controles ginecológicos, tratamientos pre y post natales, Control de embarazo y las complicaciones propias del mismo.
4. Chequeos y controles dermatológicos u oftalmológicos.
5. Gastos en exceso a los razonables, usuales y acostumbrados en la localidad donde hubiere sido suministrado el tratamiento, según baremo del IPP – UPEL.

b) Algunos diagnósticos, procedimientos quirúrgicos y tratamientos:

1. Cirugía cosmética o plástica con fines no requeridos por el estado de salud, salvo la de tipo reconstructiva y cosmética originada por un proceso maligno del órgano afectado; o aquella que sea por lesión sufrida debido a un accidente o patología congénita. La intervención quirúrgica a que dé lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente. Aquellos casos que por razones médicas no pueden ser tratados en este plazo, deberán justificarse a través de un informe médico detallado que especifique la situación.

2. Tratamiento o intervención quirúrgicas y sus consecuencias por disfunciones o insuficiencias sexuales; infertilidad (salvo aquella que por una patología de base sea requerida), inseminación artificial, fertilización in Vitro, impotencia, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización o cambio de sexo, así como los tratamientos anticonceptivos.
3. Exámenes paraclínicos y tratamientos que no guarden relación directa con la causa u origen de la patología declarada.
4. Las interconsultas y los tratamientos no relacionados con la patología causante del reclamo.
5. Abortos provocados sin fines terapéuticos.
6. Estados gripales y aplicación de vacunas. Tratamientos preventivos para diagnóstico o desensibilizantes para alergias.
7. Cualquier tratamiento proporcionado por personal paramédico, médico o enfermera que medie entre estos y el afiliado parentescos en línea directa ascendente o descendente en cualquier grado, o colateral dentro del cuarto grado civil de consanguinidad o segundo de afinidad o que conviva con este.
8. Actos médicos no aprobados por la Federación Médica Venezolana como acupuntura, medicina naturista, homeopática y otros que no se consideren convencionales para la enfermedad declarada. Tratamientos experimentales o en periodo de investigación.
9. Tratamiento de enfermedades y operaciones odontológicas, periodontológicas o maxilofacial con fines estéticos, y los tratamientos de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, exceptuando los casos en que las lesiones sean de origen traumático a consecuencia de accidentes, previa autorización del IPP – UPEL.
10. Tratamientos fisioterapéuticos. Fisioterapia y rehabilitación, salvo las requeridas como consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por este servicio, o por secuelas de accidentes y operaciones efectuadas y ocurridas anteriormente, previa autorización del IPP – UPEL.
11. Tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para la obesidad y reducción de peso, con la excepción de la obesidad mórbida (índice de masa corporal mayor o igual a 40).
12. Exámenes de la vista, cirugía o tratamientos para corregir defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo), lentes de contacto, excepto lentes intraoculares para la eliminación de catarata.
13. Servicios que fueron exonerados durante la hospitalización.
14. Enfermeras privadas para el cuidado del paciente fuera o dentro del centro hospitalario.

c) Otras situaciones:

1. Participación en competencias peligrosas de cualquier índole, tales como: luchas, pesca submarina, paracaidismo, vuelos de ícaros, vuelo a vela, motonetas o vehículos similares, a menos que formen parte de algún programa oficial de competencias de los organismos deportivos nacionales o universitarios.
2. Actos de guerra declarada o no en cualquier país, o acto relacionado con ella como: motín, insurrecciones, conmoción civil, revoluciones, tumultos populares y rebeliones. Desafíos personales.
3. Participación activa en hechos delictivos.
4. Radiaciones nucleares o cualquier tipo de radiación por exposición indirecta y sus consecuencias.
5. Intento de suicidio o lesiones autoinferidas intencionalmente.
6. Enfermedades y lesiones causadas por enfermedades o accidentes catastróficos, terremotos, temblor de tierra, inundación y maremoto.

7. Otros gastos de transporte, con excepción de los de ambulancia.

CLÁUSULA N° 11

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Las cirugías que se enuncian a continuación requieren obligatoriamente para ser autorizadas, de una segunda opinión dictaminada por un médico especialista designado por el IPP – UPEL:

* Blefaroplastia.

* Rinoplastia.

* Septorinoplastia.

* Cirugía de mamas

* Histerectomía

* Hernias

* Eventraciones.

* Otras a consideración el IPP –UPEL.

El afiliado debe presentar al médico designado los exámenes paraclínicos que le fueren requeridos.

Los gastos ocasionados por este concepto correrán por cuenta del IPP-UPEL, sin que esta afecte la cobertura del beneficiario.

CLÁUSULA N° 12

ATENCIÓN DE MATERNIDAD Y OBSTETRICIA

A. Son los gastos en que el cónyuge o concubina del Titular hombre o la Titular mujer, afiliada al H.C.M., incurra a consecuencia de su estado gravidez por parto normal o instrumental, alumbramiento por cesárea, o curetaje por aborto natural, siempre y cuando se encuentre hospitalizada para el alumbramiento o para el tratamiento del aborto, según sea el caso. Cuando se trate de alumbramiento por cesárea, aborto natural o curetaje por aborto se indemnizará como casos particulares de cirugía.

Este beneficio no es extensible a:

A.1. Cónyuge o concubina sobreviviente de un Titular, con la excepción del nacimiento ocurrido dentro de los trescientos (300) días contados a partir del fallecimiento del mismo.

B. Quedan cubiertos los gastos de retén, consultas pediátricas e incubadora; así como también, toda la atención médica del recién nacido, desde el momento de su nacimiento y mientras dure su estadía en el Centro Hospitalario. Al egresar, gozará de la cobertura de HCM establecida en el presente Condicionado, durante un lapso de noventa (90) días consecutivos contados a partir de la fecha de egreso. La indemnización por estos conceptos será una cantidad única por año. Este beneficio no es extensible a hijas y madres de Titulares, cónyuge o concubina sobreviviente de un titular. La facturación correspondiente a los actos médicos del recién nacido atendido en el Retén, debe presentarse por separado a los de la madre.

CLÁUSULA N° 13
DE LOS GASTOS POR CIRUGÍA AMBULATORIA

Son los gastos en que incurra el afiliado por aquellos actos quirúrgicos que representan un supuesto menor riesgo para el paciente, cuyas características permitan obviar el proceso de Ingreso y Hospitalización de dicho paciente al Centro Hospitalario. En estos casos la indemnización prevista en este Condicionado se hará con arreglo al Baremo de IPP – UPEL en lo referente a los Honorarios Médicos causados, los gastos de Centros Hospitalarios y de Exámenes realizados, reconociéndose el 100% como tope de la cobertura, hasta por la cantidad de la cobertura vigente.

Algunas Intervenciones ambulatorias por Especialidades:

1. Cirugía Maxilofacial y oral:

- § Reducción de fractura de mandíbula
- § Biopsia de tejidos orales
- § Reducción de fractura de arco zigomático
- § Artroscopia de articulación temporomaxilar

2. Cirugía General

- * Cura Operatoria de fístula perianal
- * Cura Operatoria de fisura anal
- * Creación de fístula Arterio – Vascular
- * Biopsia de tumor mamario
- * Limpieza y sutura de heridas
- * Herniorrafía femoral
- * Ganglionectomía
- * Hemorroidectomía
- * Cura Operatoria de hidrocele
- * Cura Operatoria de quiste tirogloso
- * Excisión de uña encarnada
- * Herniorrafía inguinal
- * Biopsia de nódulo linfático
- * Mastectomía parcial
- * Cura Operatoria de quiste pilonidal
- * Biopsia rectal
- * Excisión de lesiones de piel
- * Tirodectomía
- * Herniorrafía umbilical

* Ligadura y/o extracción de venas varicosas

* Cura Operatoria de varicocele

* Biopsia mamaria por aspiración

3. Ginecología:

* Cura Operatoria de quiste de Bartholino

* Biopsia de Tumor mamario

* Conización de cuello uterino

* Vaginoscopia

* Histerectomía vaginal

* Cura Operatoria de prolapso

* Cura Operatoria de incontinencia urinaria

* Tratamiento quirúrgico de virus de papiloma humano (VPH)

4. Oftalmología:

* Extracción de catarata c/s lente intraocular

* Biopsia de conjuntiva o córnea

* Transplante de córnea

* Crioterapia

* Enucleación

* Cura Operatoria de lesiones palpebrales

* Cura Operatoria de chalación

CLÁUSULA N° 14

ATENCIÓN Y SERVICIO A LA POLIOMELITIS

Son los gastos razonables en que incurra cualquier Afiliado para el tratamiento de una Poliomiélitis contraída y diagnosticada durante la vigencia de esta cobertura, entendiéndose que los gastos amparados no podrán exceder y que, a los efectos de reembolsar tales gastos, se aplicará a cada concepto el monto máximo estipulado en este condicionado para cada uno de ellos. Se reembolsará el 100% del monto total del gasto.

Adicionalmente se reembolsaran, bajo esta cobertura, el 100% de los gastos por concepto de alquileres o adquisición de aparatos ortopédicos que sean necesarios para la rehabilitación del afiliado, excluyéndose todo gasto relacionado con el mantenimiento, refacción, renovación o adaptación de tales aparatos, cesará esa cobertura para el Afiliado que la utilizó, independientemente del año – cobertura en que ello ocurra.

La cancelación de este servicio no podrá exceder el monto de la cobertura anual del H.C.M. que le corresponde al afiliado beneficiario. Los montos que excedan a la cobertura agotada serán cubiertos por el afiliado.

CLÁUSULA N° 15
MONTOS Y LÍMITES MÁXIMOS DE LOS GASTOS AMPARADOS

Las cantidades máximas a pagar, correspondientes a los gastos amparados en que incurra un beneficiario por concepto de Hospitalización, Cirugía y Maternidad se cancelarán:

* El 100% de los gastos incurridos, deducidos previamente aquellos conceptos que no se encuentran cubiertos en el presente condicionado, siempre y cuando sean menores o iguales a la cobertura vigente.

* El 100% del total de los gastos incurridos, deducidos previamente aquellos conceptos que no se encuentren cubiertos en el presente condicionado, siempre y cuando un afiliado sea beneficiario de otro titular y que no superen la suma de las dos coberturas vigentes.

- La cobertura de Hospitalización, Cirugía y Maternidad se agotará por diagnóstico en el año de cobertura. Aquellos montos que excedan a la cobertura agotada serán cubiertos por el Afiliado.

CLÁUSULA N° 16
OBLIGATORIEDAD Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO – HOSPITALARIO

La prestación de Servicios Médicos – Hospitalarios se hará de acuerdo al procedimiento descrito a continuación:

- a. Cuando el afiliado requiera Servicios Médicos – Hospitalarios de emergencia, el ingreso será a través de la Clave de Ingreso acordada por el IPP – UPEL, las 24 horas del día, los 365 días del año.

El afiliado se obliga a identificarse en el Centro Hospitalario a través de la cédula de identidad laminada.

El Centro Hospitalario se obliga a prestar al afiliado el Servicio Médico – Hospitalario de emergencia, una vez verifique su identificación y solicite al IPP –UPEL por vía telefónica la clave de Ingreso, que será otorgada por el analista del IPP – UPEL las 24 horas del día, los 365 días del año, previa revisión del INFORME MEDICO DE INGRESO Y PRESUPUESTO, que deben ser enviados al IPP – UPEL por el Centro Hospitalario, vía fax.

El IPP-UPEL se obliga a mantener actualizado el link de la pagina web de la UPEL para las consulta de las clínicas en convenio.

* Forma de egreso: El mismo será autorizado vía telefónica por el analista al servicio del IPP –UPEL las 24 horas del día, los 365 días del año, previa verificación del INFORME DE EGRESO Y LA FACTURA FINAL, que deben ser enviadas al IPP – UPEL, vía fax quien emitirá una clave de egreso.

- b. Cuando el afiliado requiera de los Servicios Médicos – Hospitalarios de forma electiva y planificada:

* Forma de Ingreso: Se hará a través de CARTA AVA, la cual será entregada al afiliado a las 72 horas de haber consignado los recaudos necesarios de acuerdo a los requerimientos del IPP –UPEL (Informe Médico, Presupuesto del Centro Hospitalario y estudios realizados que corroboren el diagnóstico, entre otros).

El afiliado se obliga a identificarse en el Centro Hospitalario a través de la cédula de identidad laminada.

El Centro Hospitalario debe solicitar al afiliado la Carta Aval emitida por el IPP –UPEL.

- Forma de egreso: Será autorizado vía telefónica por el analista al servicio del IPP –UPEL las 24 horas del día, los 365 días del año, previa verificación del INFORME MEDICO DE EGRESO, FACTURA FINAL Y CARTA AVAL, que deben ser enviados al IPP – UPEL, vía fax con la emisión de una clave de egreso.

CLÁUSULA N° 17

TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN

El beneficio de la cobertura de H.C.M., quedará sin efecto por alguna de las causales siguientes:

1. Culminación de la relación laboral con la Universidad por parte de un titular, mientras se desempeña en condición de ordinario o activo contratado y sin haber adquirido otra condición (jubilado o pensionado).
2. Cuando el Titular, estando en situación de Permiso no remunerado, no manifieste por escrito ante la Dirección General de Personal o la Unidad de Personal del Instituto de la Universidad a la cual está adscrito, su deseo de continuar disfrutando de la cobertura de H.C.M. conjuntamente con sus Beneficiarios, ni cancele por adelantado el porcentaje de prima que le corresponde por año – cobertura.
3. Incumplimiento de las condiciones establecidas en la Acta Convenio.
4. No cancelación del 100% del monto de la prima por parte del beneficiario de un Titular fallecido, de acuerdo a la normativa contenida en la Acta Convenio suscrita entre la UPEL y los gremios.
5. Terminación voluntaria de la afiliación por parte del titular.
6. Invalidación de la cobertura, consagrada en la Cláusula 18 del presente Condicionado.

El porcentaje de la prima pagado por un afiliado que se encuentre en alguna de las situaciones descritas anteriormente no le otorgará ningún derecho al beneficiario de la cobertura de H.C.M.

CLÁUSULA N° 18

INVALIDACIÓN DE LA COBERTURA

La UPEL otorga la cobertura de HCM del afiliado, sin realizarle exámenes médicos previos y con base solamente en las declaraciones y en la buena fe del solicitante, de conformidad con la Cláusula N° 3 del presente Condicionado. En consecuencia, cualquier declaración falsa o dolosa, reticencia u omisión de información invalidará la cobertura de HCM, tanto para el Titular como sus beneficiarios, quedando liberado el IPP –UPEL de cualquier indemnización y/o reembolso solicitado por los interesados. Así mismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el Titular o sus beneficiarios, o quien le haya proporcionado los servicios médicos, ya sea en colusión o no, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en la cobertura.

Si posteriormente al pago de un siniestro, el IPP – UPEL, llegara a comprobar su calificación de improcedente de acuerdo con este Condicionado, la UPEL solicitará al Titular el reintegro parcial o total de dicho pago en forma extrajudicial o judicial.

CLÁUSULA N° 19

NORMATIVA PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

El Afiliado tendrá un plazo de sesenta (60) días continuos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro, para presentar o enviar a la sede de IPP – UPEL los recaudos originales que se especifican a continuación:

- a. Formulario de Declaración de Servicios Hospitalarios y Gastos Médicos, completamente lleno y firmado por el afiliado beneficiario del servicio, así como por el médico tratante y la administración del Centro Hospitalario.
- b. Facturas contables en original, debidamente selladas y firmadas por los organismos emisores, con su respectiva numeración de imprenta, número de Registro de Información Fiscal (RIF) y membrete distintivo del prestador del servicio médico (cuando la atención sea prestada por un médico, debe indicar su respectivo número de sanidad), y las facturas selladas como canceladas (Resolución 320 del SENIAT).
- c. Exámenes de laboratorios, radiografías, ecosonogramas, biopsias o cualquier otro estudio, anexos a la factura original con sus respectivos resultados e informes médicos.
- d. Informe Médico emitido por el médico tratante, en el cual deberá indicar en forma clara y precisa la etiología y evolución de la enfermedad tratada.
- e. Desglose de honorarios médicos, detallando especialidad y participación en el procedimiento médico – quirúrgico.
- f. Récipes y Órdenes Médicas contentivos de los datos de identificación y respectivo número de sanidad del médico tratante, que avale la compra de medicamentos.
- g. Para cancelar las diferencias no cubiertas por otras instituciones, deben consignarse las facturas originales selladas hasta por el monto indemnizado, el recibo de caja por la diferencia pagada por el afiliado, el Informe Médico y el finiquito de cancelación, dentro del lapso previsto en la Cláusula N° 25.
- h. Los siniestros ocurridos en el extranjero, deben venir sellados por el Consulado de Venezuela en el país respectivo, con su planilla de Derechos Consulares o con la respectiva postilla del país sede donde se registro el acto médico.
- i. En el caso de los tratamientos continuos, los afiliados deben consignar el Informe Médico original dentro del 1er. Trimestre del año en curso, o cuando existan modificaciones del tratamiento, conservando una copia para ser enviada con los reclamos subsiguientes por la misma patología.
- j. Los siniestros deberán presentarse por patología y beneficiario, en forma separada.

El IPP – UPEL, se reserva el derecho de solicitar al Afiliado, cualquier otro recaudo que estime necesario e indispensable, para la evaluación del siniestro.

k. El plazo máximo para la cancelación de los reembolsos se establece en 90 días continuos como máximo.

CLÁUSULA N° 20

DEVOLUCIÓN DE DOCUMENTOS

1. Cuando el afiliado incumpla con la normativa de presentación de las reclamaciones previstas en la

Cláusula N° 19 del presente Condicionado, el IPP – UPEL se obliga a devolver los recaudos dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, con notificación anexa de las causas que originan la devolución. El afiliado deberá presentar nuevamente la reclamación al IPP – UPEL con todos los recaudos exigidos en la citada notificación de devolución, dentro de un lapso de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la devolución.

2. Si la reclamación al ser reenviada dentro del lapso establecido en la presente Cláusula, no cumple con la normativa de presentación de reclamaciones, el IPP – UPEL se obliga a devolver los recaudos de inmediato, con una SEGUNDA notificación de devolución que ratifique la anterior y en la cual se establece el saldo del lapso otorgado en la PRIMERA notificación para su reenvío.

3. Si la reclamación, luego de enviada la segunda notificación, no es devuelta dentro del lapso especificado en el punto anterior, o no presentando los recaudos solicitados, se procederá según lo establecido en la Cláusula N° 22.

4. El lapso administrativo de pago de las reclamaciones, previsto en este Condicionado, transcurrirá desde el momento en que los recaudos solicitados sean recibidos en el IPP – UPEL.

CLÁUSULA N° 21

SOLICITUD DE RECAUDOS

Cuando el IPP – UPEL estime necesario e indispensable solicitar al afiliado cualquier recaudo para realizar un adecuado análisis médico y técnico de las reclamaciones, lo notificará al Afiliado mediante comunicación escrita, en la cual se detallan los documentos faltantes y estableciendo en ésta, un lapso de Treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de la notificación, para que el Afiliado consigne la documentación solicitada. El lapso administrativo de pago de las reclamaciones, previsto en este Condicionado, transcurrirá desde el momento en que los recaudos solicitados sean recibidos en el IPP – UPEL.

Todo caso que no cumpliera con lo establecido en la presente Cláusula, será sancionado según lo indicado en la Cláusula N° 22.

CLÁUSULA N° 22

RECHAZO DE LAS RECLAMACIONES

El IPP – UPEL no tendrá responsabilidad alguna en el pago de las reclamaciones presentadas, y las rechazará, cuando el Afiliado incurra en los siguientes hechos.

1. Extemporaneidad en la presentación de la reclamación, conforme al lapso de presentación, establecido en la Cláusula N° 19 del presente Condicionado.

2. Extemporaneidad en el reenvío de la reclamación conforme al lapso establecido para ello, en la Cláusula N° 20 del presente Condicionado.

3. Extemporaneidad en la presentación de los recaudos solicitados conforme al lapso establecido para ello, en la Cláusula N° 21 del presente Condicionado.

4. Incumplimiento de la Normativa de presentación de las Reclamaciones, una vez agotados los procedimientos establecidos en la Cláusula 20 y 21 del presente Condicionado.

5. Desafiliación a la Cobertura de HCM, salvo en caso de renuncia o despido siempre y cuando el

reclamo sea antes de la fecha efectiva de retiro del beneficiario.

6. No presentación de los Recaudos solicitados por el IPP – UPEL, de conformidad al procedimiento establecido en la Cláusula 21 del presente Condicionado.
7. Agotamiento de la Cobertura de HCM, por el diagnóstico y beneficiario que causan la reclamación presentada.
8. Cuando la causa de la reclamación, corresponde a un Diagnóstico Excluido de la Cobertura de HCM, según lo establecido en el presente Condicionado.

CLÁUSULA N° 23

CADUCIDAD DE LAS ACCIONES

El afiliado tiene un plazo de noventa (90) días continuos, contados a partir de la fecha en que fue recibida la notificación de rechazo parcial o total de una reclamación, para solicitar al IPP –UPEL una reconsideración de la misma. Transcurrido dicho plazo, el IPP – UPEL quedará exonerado de toda responsabilidad de pago de dicha reclamación.

CLÁUSULA N° 24

COOPERACIÓN DE LA UNIVERSIDAD Y LOS AFILIADOS

La Universidad y los Afiliados se obligan a cooperar diligentemente y esforzarse porque se tomen las medidas posibles, tendientes a reducir al máximo las consecuencias del accidente o la enfermedad que motivaron la hospitalización o intervención quirúrgica; asimismo, los afiliados vigilarán cuidadosamente la prestación y los costos de los servicios recibidos, a través de su firma al egreso del Centro de Salud en la planilla de Declaración de Servicios Hospitalarios y Gastos Médicos, aceptándoles como razonables, usuales y acostumbrados (ver Cláusula N° 1, numeral 23).

CLÁUSULA N° 25

DIFERENCIAS NO CUBIERTAS POR OTRAS INSTITUCIONES

Todos los afiliados que hayan contratado un seguro cuyo beneficio sea igual o similar al otorgado por el IPP –UPEL, están en la obligación de notificar este hecho a la Dirección General de Personal o las Unidades de Personal de los Institutos integrantes de la UPEL.

Cuando algún siniestro le sea cubierto a un Afiliado por otra Institución, deberá presentar ante el IPP – UPEL el finiquito entregado por la misma, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de entrega del finiquito al afiliado (a), para que el IPP –UPEL proceda a cancelar la diferencia no cubierta por la Institución en cuestión, hasta el monto correspondiente a la cobertura vigente. Esta diferencia se cancelará según las cláusulas contenidas en el presente Condicionado.

CLÁUSULA N° 26
RESPONSABILIDAD DE IPP – UPEL

La responsabilidad del IPP – UPEL se limita al pago de los gastos amparados y previstos en el presente Condicionado, y especificado en la presente normativa.

CLÁUSULA N° 27
MODIFICACIONES Y CAMBIOS

Cualquier modificación a este Condicionado deberá constar por escrito, mediante anexos firmados entre el IPP –UPEL y la UPEL. Al entrar en vigencia las reformas contempladas en los anexos, ellas tendrán aplicación inmediata y derogarán cualquier Condición General que las contravenga.

CLÁUSULA N° 28
DOMICILIO LEGAL

Para todos los efectos y consecuencias se establece como domicilio legal del IPP – UPEL a la ciudad de Caracas.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

CLÁUSULA N° 29

XXX

Los recursos de reconsideración interpuestos por los afiliados o prestadores de servicios, y lo no previsto en el presente Condicionado, será competencia del Organismo de apelación del IPP – UPEL.

CLÁUSULA N° 30

XXX

La Junta Directiva del IPP – UPEL, tendrá, además, de las facultades establecidas en su Estatuto la actuación como organismo de Apelación.

**ANÁLISIS COMPARATIVO DEL CONDICIONADO QUE REGULA LAS COBERTURAS
 DEL HCM PARA EL PERSONAL DOCENTE**

| CLÁUSULAS ACTUALES DEL CONDICIONADO IPP-UPEL 2013 | CLÁUSULAS PROPUESTAS IPP-UPEL 2015 |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">CLÁUSULA N° 9</p> <p style="text-align: center;">GASTOS AMPARADOS Y BENEFICIOS PREVISTOS EN LA COBERTURA DE HCM</p> <p>Observaciones: No contemplaba la cobertura por gastos incurridos en la adquisición de cristales (anteojos).</p> | <p style="text-align: center;">CLÁUSULA N° 9</p> <p style="text-align: center;">GASTOS AMPARADOS Y BENEFICIOS PREVISTOS EN LA COBERTURA DE HCM</p> <p>Se incluyó: · * Gastos incurridos en la adquisición de los cristales (anteojos) según fórmula prescrita para corregir defectos de refracción visual. El costo será imputado a una patología relacionada con el defecto visual a corregir, hasta por un límite en bolívares equivalente a cien (100) unidades tributarias.</p> |
| <p style="text-align: center;">CLÁUSULA N° 10</p> <p style="text-align: center;">EXCLUSIONES</p> <p>12. Exámenes de la vista, cirugía o tratamientos para corregir defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo) anteojos, lentes de contacto, excepto lentes intraoculares para la eliminación de catarata.</p> | <p style="text-align: center;">CLÁUSULA N° 10</p> <p style="text-align: center;">EXCLUSIONES</p> <p>12. Exámenes de la vista, cirugía o tratamientos para corregir defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo), lentes de contacto, excepto lentes intraoculares para la eliminación de catarata.</p> |