



Seguro Premium \$1,000,000 de cobertura

Todas las Coberturas	
Deducible anual de \$500	Máximo 3 por familia. Aplica para gastos ambulatorios y hospitalización fuera de la red y para medicamentos dentro y fuera de la red
Notas importantes	a) todos los gastos médicos con montos iguales o superiores a \$300 deberán ser pre-autorizados por el INS, a excepción de los medicamentos ya que serán tramitados por reembolso
	b) la suma asegurada en las distintas coberturas básicas y sublimitadas, no puede superar el total del beneficio máximo anual por persona indicado en este esquema

todas las coberturas	
1- Gastos médicos ambulatorios por accidente y/o enfermedad	
a) honorarios médicos no quirúrgicos por tratamiento en consultorio o sala de urgencias	
b) exámenes de laboratorio, radiografías y otros exámenes especiales	\$1,000,000
c) gastos por accidentes dentales	
d) medicamentos	
e) gastos ambulatorios por accidentes (primeras 24 horas al 100%)	
2- Gastos médicos por hospitalización y cirugía	
a) honorarios médicos por cirugía	
b) habitación individual, normal o bipersonal, o de cuidados intensivos,	
c) sala de operaciones, suministros quirúrgicos, de recuperación, cuidados intermedios y de cuidados intensivos	\$1,000,000
d) exámenes de laboratorio, servicios de radiología, estudios complementarios o especializados	
e) medicamentos y suministros intrahospitalarios y en sala de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos	
f) una visita médica hospitalaria diaria	
g) prótesis quirúrgicas	
h) cirugías ambulatorias	

Coberturas Sublimitadas

Maternidad (incluye gastos pre y post natales, parto normal o cesarea, parto múltiple y complicaciones)	\$5, 000
Enfermedades congénitas y/o hereditarias del recién nacido	\$25,000
	Terapias \$2,500
Prematurez	\$100,000
	Terapias \$10,000
Transplante órganos (monto vitalicio)	\$225,000
Aparatos de apoyo	\$10,000
Acompañante de menor hospitalizado	\$100 diarios / Máximo 6 días (por año póliza)
Cuidados en el hogar	Máximo 30 días por año póliza
Terapias	Máximo 20 sesiones por evento
Tratamiento de alergias	\$150
Tratamientos médicos para enfermedades mentales	\$1,000
Enfermedades epidémicas o pandémicas	\$12,500
Práctica recreativa de buceo	Hasta el monto asegurado contratado
Práctica recreativa de fútbol	\$10,000
Deportes	\$10,000
Transporte en ambulancia aérea	\$30,000
Transporte en ambulancia terrestre	Cubierto según contrato
Transporte por evacuación (aplica solo en Centroamérica)	100%

Emergencias médicas durante viajes en el extranjero

evacuación y/o repatriación por razones médicas	según contrato
Repatriación de restos mortales	\$5,000
Prolongación de estancia por accidente o enfermedad de asegurado en el extranjero (Máximo 10 días por año póliza, monto fijo)	\$100 diarios
Asistencia al viajero	Máximo \$10,000 según contrato

Cobertura de Chequeos

Chequeo general una vez al año (solo a través de la red de proveedores). A partir de la tercera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza (todo el grupo)	100%
Chequeo oftalmológico una vez al año (solo a través de la red de proveedores). A partir de la tercera renovación anual de la fecha de inclusión del asegurado en la póliza (todo el grupo)	100%
Lentes o anteojos (todo el grupo)	\$100
Control Ginecológico: examen papanicolaou una vez al año, examen de mamografía preventiva a partir de los 40 años de edad y una vez al año. Incluye consulta con el especialista. Este beneficio aplica a partir de la primera renovación anual	\$150

ASEGURADA Y CONYUGES

Control Urológico: examen antígeno prostático en sangre, una vez al año y solo para mayores de 40 años. Incluye consulta con el especialista. Este beneficio aplica a partir de la primera renovación anual *ASEGURADO Y CONYUGUES*	\$150
Cobertura Odontológica (sublimitada)	Máximo \$1,000 al 80% superado el deducible anual. Los tratamientos de ortodoncia se les aplica un coaseguro del 50% una vez superado el deducible anual
Otros Beneficios	
Extracción de terceras molares impactadas (Máximo por año póliza)	\$300
Zapatos ortopédicos o plantillas ortopedicas (Máximo dos pares por año póliza y niños menores de 10 años)	\$60
Cobertura del niño sano (de acuerdo al esquema de vacunación del contrato). Incluye vacunas y consultas pediátricas	\$200 y según esquema de vacunas
Salpingectomía (solo asegurado directo)	\$500
Vasectomía (solo asegurado directo)	\$250
Tratamientos drogas y alcohol	\$200
VIH / SIDA (monto vitalicio)	\$20,000
Tratamientos de infecciones de transmisión sexual	\$200

Gastos con Hospitalización	
Notas importantes	a) los gastos por hospitalización incurridos dentro de la red de proveedores del INS, no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante para la liquidación se aplica el coaseguro.
	b) los gastos hospitalarios fuera de la red de proveedores si acumulan deducible anual
En Costa Rica y Centroamérica - dentro de la red de proveedores (pago directo o reembolso)	
Se aplica un coaseguro del	10%
Desembolso Máximo anual: participación máxima del asegurado por concepto de coaseguros de hospitalización. Aplica solo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza	
Costa Rica y Centroamérica	\$2,500
Dentro de la red de proveedores, sin preautorización: el reembolso se efectuará aplicando las condiciones de fuera de red, con excepción de los casos de emergencia y accidente.	
En Costa Rica y Centroamérica - fuera de la red de proveedores - preautorizado (reembolso)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	20%
En Costa Rica y Centroamérica - fuera de la red de proveedores - sin preautorización (reembolso)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$400
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$800
Se aplica un coaseguro del	40%
En los demás países - dentro de la red de proveedores - (pago directo o reembolso)	
Desembolso Máximo anual: participación máxima del asegurado por concepto de coaseguros de hospitalización. Aplica solo por red de proveedores y únicamente para casos de hospitalización por persona y por año póliza	
Resto del mundo	\$5,000
En los demás países - fuera de la red de proveedores - preautorizado (reembolso con los costos de servicios médicos)	

Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$1,000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$1,500
Se aplica un coaseguro del	20%
En los demás países - fuera de la red de proveedores - sin preautorización (reembolso con los costos de servicios médicos)	
Tarifa diaria máxima por cuarto normal	\$1,000
Tarifa diaria máxima en unidad de cuidados intensivos	\$1,500
Se aplica un coaseguro del	40%

Gastos Ambulatorios

Notas importantes	a) los gastos por hospitalización incurridos dentro de la red de proveedores del INS, no requiere haber superado el deducible anual para hacer uso del servicio. No obstante para la liquidación se aplica el coaseguro.
	b) los gastos hospitalarios fuera de la red de proveedores si acumulan deducible anual
	c) los gastos incurridos por medicamentos dentro o fuera de la red de proveedores del INS, acumulan para el deducible anual y deberán ser tramitados por reembolso

En Costa Rica - dentro de la red de proveedores

Atención primaria (cubre al 100%) pago directo:	a) no aplica coaseguro ni copago
	b) no acumula deducible
Red preferente - pago directo o reembolso	
Consulta externa	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
Otros gastos ambulatorios	
Se aplica un coaseguro del	10%

En Costa Rica y Centroamérica - dentro de la red de proveedores (pago directo o reembolso)

Consulta externa	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
Otros gastos ambulatorios	
Se aplica un coaseguro del	10%

En Costa Rica y Centroamérica - fuera de la red de proveedores - preautorizado (reembolso)

Consulta externa	
Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos
Otros gastos ambulatorios	
Se aplica un coaseguro del	20%

En Costa Rica y Centroamérica - fuera de la red de proveedores - sin preautorización (reembolso)

Consulta externa

Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo servicios médicos
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo servicios médicos

Otros gastos ambulatorios

Se aplica un coaseguro del	40%
----------------------------	-----

En los demás países - dentro de la red de proveedores - (pago directo o reembolso)

Consulta externa

Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica

Otros gastos ambulatorios

Se aplica un coaseguro del	40%
----------------------------	-----

En los demás países - fuera de la red de proveedores - preautorizado (reembolso con los costos de servicios médicos)

Consulta externa

Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica

Otros gastos ambulatorios

Se aplica un coaseguro del	20%
----------------------------	-----

En los demás países - fuera de la red de proveedores - sin preautorización (reembolso con los costos de servicios médicos)

Consulta externa

Copago para consulta externa (por cada consulta y por asegurado):	\$20
Tarifa máxima por consulta médico general	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica
Tarifa máxima por consulta médico especialista	costo de servicio médico de acuerdo con el área geográfica

Otros gastos ambulatorios

Se aplica un coaseguro del	40%
----------------------------	-----

Tarifas

Opción de Deducible \$500

Opción de Monto Asegurado	\$1,000,000
Costo de Primas	Anual
Asegurado	\$1.066,92
Asegurado + cónyuge	\$2.030,82
Asegurado + cónyuge + 1 hijo	\$2.793,78
Asegurado + cónyuge + 2 hijos	\$3.555,72
Asegurado + 1 hijo	\$1.829,88
Asegurado + 2 hijos	\$2.592,84
Hijos 0-25 años (prima adicional por cada hijo de 3 en adelante)	\$762,96

Para todo tipo de consultas, puede llamar a los teléfonos:
2210-2295 | 2210-2296 | 2210-2297

O al correo: infoseguroscmc@medicos.cr
También puede visitarnos en la Unidad de Seguros del CMC.

Estamos listos para asesorarle.

