

Cobertura	Suma Asegurada	Beneficios	Servicios Adicionales
Hospitalización Cirugía (Básica)	Bs. 150.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Sin deducibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se otorga el Servicio Odontológico a través del 0800-SIGAMDE (744-62-33).
		<ul style="list-style-type: none"> • Reembolsos al 100%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se otorga el Servicio de Oftalmología (Cop. Lentes 3.000Bs.) A través del 0800-SIGAMDE (744-62-33).
		<ul style="list-style-type: none"> • Las personas asegurables son Titulares, Conyugues, Padres Sin límite de Edad, Hijos y Hermanos hasta los 25 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se otorga el Servicio de Dermatología.
		<ul style="list-style-type: none"> • No se aplicaran Plazos de Espera a la Carga Inicial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se otorga el Servicio de Fisioterapia.
			<ul style="list-style-type: none"> • Se otorga el Servicio de Ambulancia a través de METROMED (212)751.9464 / 753.1464 / (0414) 547.1751. • Se otorga el Servicio de Farmacia para Enfermedades Crónicas y Permanentes (Locatel y Farmacias Afiliadas). • Se otorga el Beneficio de un Enlace en las instalaciones de la SUNDDE. • Se otorga el Beneficio de Medicina Ambulatoria. • Se Otorga el Beneficio de Medicina Preventiva: 5 exámenes anuales por personas como: Perfil 20, Rayos x, Consulta Especializada, Ginecología y Asistencia Medica en General.
Maternidad	Bs. 60.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Se ampara Maternidades en Curso 	
Exceso de Gastos	Bs. 200.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Reembolso al 100% con deducible de Bs. 150.000,00 	
Seguro de Vida	Bs. 100.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Límite de Edad hasta 65 años con permanencia hasta los 75 años. 	

Servicio Funerario	Bs. 100.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Cubre todos los Servicios Velatorios como: Ataúd, capilla, traslado a nivel nacional, carrozas, diligencias de Ley, servicios de cafeterías, parcela y gastos de inhumación y/o cremación. 	
Acc. Personales	Bs. 100.000,00	<ul style="list-style-type: none"> • Cubre los gastos ocasionados por lesiones corporales y muerte accidental. 	

SERVICIO ODONTOLÓGICO

Alcance de los Servicios:

A. Odontológico Plan Amplio:

- a) **Medicina Bucal:** Comprende Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- b) **Prevención:** Comprende Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicaciones tópicas de Flúor.
- c) **Periodoncia:** Comprende Tartrectomía simple y Profilaxis Dental.
- d) **Operatoria:** Comprende Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y Vidrios Ionométricos en el cuello de los dientes (Clase V).
- e) **Cirugía:** Comprende Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes, Exodoncias de Terceros Molares (cordales).
- f) **Endodoncia:** Comprende Tratamientos Monoradiculares, Biradiculares, Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas Formocresoladas y Capielos.
- g) **Ortopedia:** Correctores de hábitos para la corrección de prácticas de

succión del pulgar y deglución atípicas.

- h) **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.
- i) **Urgencias:** Endodónticas, Periodontales y Protésicas.

B. Odontológico Plan Amplio Plus:

- a) **Medicina Bucal:** Comprende Historia Clínica (Diagnóstico, Pronóstico, y Plan de Tratamiento).
- b) **Prevención:** Comprende Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicaciones Tópicas de Flúor.
- c) **Periodoncia:** Comprende Tartrectomía Simple y Profilaxis Dental.
- d) **Operatoria:** Comprende Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores, Resinas Fotocuradas en dientes posteriores y Restauraciones en Vidrios Ionómericos en el cuello de los dientes (Clase V).
- e) **Cirugía:** Comprende Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes, Exodoncias de Terceros Molares (cordales).
- f) **Endodoncia:** Comprende Tratamientos Monoradiculares, Biradiculares, Multiradiculares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas Formocresoladas y Capielos.
- g) **Ortopedia:** Correctores de hábitos para la corrección de prácticas de succión del pulgar y deglución atípicas.
- h) **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.
- i) **Urgencias:** Endodónticas, Periodontales y Protésicas.

SEGUROS LA PREVISORA prestará los servicios odontológicos antes referidos en Colombia, Ecuador, Perú, Chile, Argentina, Costa Rica o Panamá, mediante el SISTEMA COORDINADO de Proveedores de cada país. EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/EL ASEGURADO(A) TITULAR” que se

encuentre de viaje en cualquiera de los referidos países deberá comunicarse por los siguientes números telefónicos:

COLOMBIA:	018000-117076
CHILE:	800-331010
ECUADOR:	1800-744623
PERÚ:	0800-10270
ARGENTINA:	(54-11) 4331-4172
COSTA RICA:	800-7446227
PANAMA:	800-74627462

En el resto de los países del mundo sólo será gestionado el servicio de Urgencia Odontológica, a través del programa de asistencia de **AXA ASISTENCIA**, cuyo número telefónico es el siguiente:

(571) 6446185

La cobertura para el servicio de Urgencia Odontológica es la que se describe a continuación:

- a) **Medicina Bucal:** Comprende Historia Clínica de Urgencia (Diagnostico, Pronóstico y Plan de Tratamiento).
- b) **Operatoria:** Comprende Amalgamas en dientes posteriores, Resinas Fotocuradas en dientes anteriores y posteriores, y Vidrios Ionoméricos en el cuello de los dientes (Clase V).

- c) **Endodoncia:** Comprende Tratamientos Monorradiculares, Birradiculares, Multiradulares, Pulpotomías, Pulpectomías, Curas Formocresoladas y Capielos.
- d) **Cirugía:** Comprende Exodoncias Simples de dientes temporales y permanentes.
- e) **Radiología:** Radiografías periapicales y/o coronales tomadas en el consultorio.
- f) **Urgencias:** Endodónticas, Periodontales y Protésicas.

No obstante, cuando la Urgencia Odontológica sea producto de un traumatismo o accidente se tendrá por finalidad solucionar la situación con los tratamientos descritos, excluyendo los tratamientos posteriores requeridos a causa del accidente o traumatismo.

Exclusiones:

Quedan excluidos del alcance de este contrato, los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Tratamientos no contemplados específicamente bajo la contratación.
- b) Anestesia general o Sedación en niños y adultos (no obstante no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo a la Cláusula Cuarta, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).
- c) Defectos Físicos.
- d) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.
- e) Radioterapia o Quimioterapia.

No obstante si EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/EL ASEGURADO(A) TITULAR” requiriere tratamientos no amparados por esta contrato y solicita los servicios o coberturas que presta **SIGMA DENTAL** , los mismos podrán ser presupuestados y facturados directamente por el Odontólogo tratante, con una reducción de costos mínima del 20% con relación a los gastos razonables para dichos tratamientos, debiendo EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/EL ASEGURADO(A) TITULAR” pagar todos los costos que se generen por tales tratamientos no amparados.

Preexistencia:

SIGMA DENTAL atenderá las coberturas odontológicas establecidas en la contratación, cuando su origen sea preexistente a la emisión de las pólizas que realice “LA CONTRATANTE” a “EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/EL ASEGURADO (A) TITULAR”, incluida la cobertura de los servicios objeto de este contrato.

Prestación del Servicio:

- a) Los tratamientos serán realizados por los Odontólogos del SISTEMA COORDINADO de Proveedores. “EL (LOS) BENEFICIARIOS/ EL ASEGURADO (A) TITULAR” podrá escoger el Centro Odontológico y/o Odontólogo de su preferencia o conveniencia, del listado SISTEMA COORDINADO de Proveedores entregado por **SIGMA DENTAL**. **SIGMA DENTAL** no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los del SISTEMA COORDINADO, ni por los tratamientos no amparados por este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

- b) **SIGMA DENTAL** pone a disposición de "LA CONTRATANTE" a "EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/ EL ASEGURADO (A) TITULAR", un servicio telefónico de Urgencia las veinticuatro (24) horas del día, los 365 días del año, con personal altamente capacitado, de guardia para atender las Urgencias los fines de semana y días feriados (con excepción de las Urgencias presentadas en horario nocturno, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).
- c) Los Centros Odontológicos, atenderán a "**EL (LOS BENEFICIARIOS/ EL ASEGURADO (A) TITULAR**", de lunes a viernes, en un horario comprendido de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato, están a cargo de Odontólogos egresados de universidades reconocidas y avaladas por los Organismos competentes en la República Bolivariana de Venezuela, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, en ese sentido queda expresamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por **SIGMA DENTAL**, "**EL REAEGURADOR**" y "**LA CONTRATANTE**" en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente la responsabilidad profesional que les corresponde a los Odontólogos que presten el servicio, en razón y con fundamento a los tratamientos que le practiquen a "**EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/ EL ASEGURADO (A) TITULAR**".
- e) Cuando "**EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/EL ASEGURADO TITULAR**" requieran alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá solicitar la verificación de sus datos telefónicamente con

cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse al Centro elegido donde, previamente identificado con su cédula de identidad laminada, recibirá la atención del Odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a **SIGMA DENTAL** la verificación de los datos de **"EL (LOS BENEFICIARIOS/ EL ASEGURADO (A) TITULAR"** para iniciar el tratamiento.

- f) **"EL (LOS BENEFICIARIOS/ EL ASEGURADO (A) TITULAR"** que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el Odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación;
- g) Cualquier reclamo, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos **"EL (LOS) BENEFICIARIO(S)/ EL ASEGURADO (A) TITULAR"** a **SIGMA DENTAL** por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo, observación o queja.

Reembolsos:

En caso de asistir a Centros Odontológicos u Odontólogos que no pertenezcan al SISTEMA COORDINADO de Proveedores dichos gastos darán derecho a reembolso sin embargo importante destacar que el pago se establece bajo gastos razonables

Procedimiento para Tramitar los Reembolsos.

1. El asegurado debe de tener los requisitos completos.
2. El asegurado debe de entregar los requisitos al El ejecutivo del Centro de Servicio y/o Elocutivo de Enlace.

3. El ejecutivo del Centro de Servicio y/o El ejecutivo de Enlace debe de enviar la documentación original con un juego de copia a la siguiente dirección: Av. Abraham Lincoln, Torre la Previsora, Sabana Grande. Caracas, Piso 5, Ala Norte. A la Atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco
4. Los C.S. o Ejecutivos Enlacen serán responsables de realizar el seguimiento de los reembolsos enviados a nuestra Gerencia por medio de nuestro correo interno (LOTUS) con atención a la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco.

Requisitos

- ❖ Factura original de (Consulta, y/o Tratamiento) que cumpla con los requisitos exigidos por el SENIAT, la misma deberá ir a nombre del paciente. En caso de que el paciente afectado sea menor de edad la factura debe ir emitida a nombre del Titular o Representante legal.
- ❖ Informe médico prescrito por un especialista (Medico Odontólogo)
- ❖ Panorámicas anteriores y Posteriores al tratamiento.
- ❖ Fotocopia de la cédula de identidad del Titular y del Beneficiario (en caso de ser menor de edad debe consignar la fotocopia de la cédula del titular).
- ❖ Deberá consignar dentro de los treinta **(30) días** continuos seguidos a la fecha.
- ❖ Planilla de Solicitud de Reembolso.
- ❖ Los recaudos debe ser enviada con un juego de copias.

Para un análisis efectivo el proveedor tiene la potestad de solicitar otros requisitos que sean necesarios con el fin de culminar de manera efectiva la evaluación de dicho reembolso.

SERVICIO OFTALMOLÓGICO.

Alcance de la Cobertura:

- a) Diagnóstico (Examen e Historia Clínica).
- b) Estudio de la Agudeza Visual.
- c) Refracción Pre y Post Cicloplejía.
- d) Balance de los Movimientos Oculares.
- e) Discriminación de Colores.
- f) Toma de Tensión Intraocular.
- g) Biomicroscopía: Lámpara de hendidura para estudiar Córnea, Conjuntiva, Cámara anterior, Pupila y Cristalino.
- h) Gonioscopía.
- i) Fondo de Ojo.
- j) Urgencia (Consulta Diagnóstica): Diurna atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico Oftalmólogo y Nocturna atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo.
- k) Montura y/o Lente: Se establece una cobertura anual de hasta el **monto del copago contrato** y su indemnización será bajo la modalidad de reembolso, previa presentación de la factura original, y siempre y cuando sea avalado por evaluación previa, realizada por uno de los Oftalmólogos autorizados por la Red de Proveedores.

Prestación del Servicio:

LOS ASEGURADOS que requieran los servicios profesionales en los Centros Oftalmológicos, podrán hacerlo cuando así lo decidan bajo las siguientes condiciones:

- a) EL ASEGURADOR pone a disposición de EL ASEGURADO un servicio telefónico de Urgencia las veinticuatro (24) horas del día, con personal capacitado de guardia para atender las Urgencias los fines de semana y días feriados (haciendo la salvedad para las Urgencias nocturnas, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).
- b) Los Centros Oftalmológicos atenderán a LOS ASEGURADOS desde los días lunes hasta los viernes, dentro de un horario de 8: 00 a.m. hasta las 6:00 p.m.
- c) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por esta cobertura, deberá solicitar la verificación de sus datos telefónicamente con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse al Centro Oftalmológico escogido, donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del oftalmólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a EL ASEGURADOR la verificación de los datos de EL ASEGURADO para proceder a efectuar el tratamiento.

Monturas y/o Lentes:

La adquisición de Monturas y/o Lentes correctivos de Vicios de Refracción, siempre que dicha adquisición sea avalada por una

evaluación previa realizada por uno de los Oftalmólogos bajo la modalidad de reembolso.

Exclusiones:

Quedan excluidos del alcance de este contrato, los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Tratamientos no contemplados bajo la contratación.
- b) Anestesia general o sedación.
- c) Cirugías Láser o de cualquier otro tipo.
- d) Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
- e) Procedimientos quirúrgicos, prótesis y/o restauraciones, y sus materiales.
- f) Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.
- g) Cualquier tipo de montura y/o lente que exceda el monto de copago contratado.
- h) Monturas y/o lentes de protección solar.
- i) Procedimientos y/o servicios oftalmológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Reembolsos:

En caso de asistir a Centros Oftalmológico u Oftalmólogo que no pertenezcan al SISTEMA COORDINADO de Proveedores dichos gastos darán derecho a reembolso sin embargo importante destacar que el

pago se establece bajo gastos razonables, por otra parte la cobertura por montura de lentes solo se maneja bajo la figura de reembolso.

Procedimiento para Tramitar los Reembolsos.

1. El asegurado debe de tener los requisitos completos.
2. El asegurado debe de entregar los requisitos al El ejecutivo del Centro de Servicio y/o Ejecutivo de Enlace.
3. El ejecutivo del Centro de Servicio y/o El ejecutivo de Enlace debe de enviar la documentación original con un juego de copia a la siguiente dirección: Av. Abraham Lincoln, Torre la Previsora, Sabana Grande. Caracas, Piso 5, Ala Norte. A la Atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco
4. Los C.S. o Ejecutivos Enlacen serán responsables de realizar el seguimiento de los reembolsos enviados a nuestra Gerencia de las siguientes maneras:
 - a. Ingrese a la pagina Web www.sigmavision.com.ve y haga click en el icono para reembolsos
 - b. Solicitando información por medio de nuestro correo interno (LOTUS) con atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco.

Requisitos

- ❖ Factura original de (Consulta, Montura y/o Lentes) que cumpla con los requisitos exigidos por el SENIAT, la misma deberá ir a nombre del paciente. **En caso de que el paciente afectado sea**

menor de edad la factura debe ir emitida a nombre del Titular o Representante legal.

- ❖ Informe médico prescrito por un especialista (Medico Oftalmólogo)
- ❖ Orden de prescripción de lentes emitido por un por un especialista (Medico Oftalmólogo)
- ❖ Fotocopia de la cédula de identidad del Titular y del Beneficiario (en caso de ser menor de edad debe consignar la fotocopia de la partida de nacimiento).
- ❖ Deberá consignar la documentación dentro de los treinta **(30) días** continuos seguidos a la fecha.
- ❖ Planilla de Solicitud de Reembolso.
- ❖ Un juego de copias de los recaudos antes mencionados.
- ❖ Para un análisis efectivo el proveedor tiene la potestad de solicita otro requisitos que sean necesario con el fin de culminar de manera efectiva la evaluación de dicho reembolso

SERVICIO DERMATOLÓGICO.

Alcance de la Cobertura:

- a) Diagnóstico (Examen e Historia Clínica).
- b) Evaluación integral piel adultos: Onicomycosis y Micosis en General; Control Acné; Control Alopecia. La Evaluación Integral comprender los siguientes estudios: i) Utilización del Dermatoscopio; ii) Despistaje de Cáncer de Piel; iii) Uso de la Lámpara de Wood (luz ultravioleta).
- c) Evaluación integral piel niños: Molusco Contagioso, Dermatitis Atópica, Alergia Alimentos. La Evaluación Integral comprender los siguientes estudios: i) Utilización del Dermatoscopio; ii) Despistaje de Cáncer de Piel; iii) Uso de la Lámpara de Wood (luz ultravioleta).
- d) Orientación Salud Dermatológica.
- e) Orientación Nutricional.
- f) Electrocoagulación / Curetaje o Crioterapia de: Verruga Vulgar o Común, Molusco Contagioso
- g) Cirugía Menor de: Quistes Epidérmicos, Nevus, Lesiones Benignas, Lesiones Malignas, Lipomas.
- h) Biopsia de Piel: Cara (punch), Cuerpo (punch), Mucosa (punch), de Uña, por Afeitado. Realizadas en el consultorio del médico dermatólogo tratante.
- i) Infiltración Intralesional.
- j) Escleroterapia.
- k) Onicectomía / Onicomatricectomía.
- l) Criocirugía de Lesiones Benignas.
- m) Criocirugía de Lesiones Malignas.
- n) Electrofulguración (hasta 10 lesiones).
- o) Destrucción Química de Lesiones.



La Previsora

Un Pueblo, un Seguro

- p) Debridación de Úlceras.
- q) Inmunoterapia Tópica.
- r) Drenaje de Abscesos.
- s) Extracción de Quistes de Millum / Comedones.
- t) Urgencia (Consulta Diagnóstica)

Exclusiones:

Quedan excluidos del alcance de este contrato, los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Tratamientos o servicios no contemplados en la cobertura contratada.
- b) Anestesia general o sedación.
- c) Cirugías Láser o de cualquier otro tipo.
- d) Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
- e) Procedimientos quirúrgicos distintos a los estipulados en la contratación.
- f) Cualquier tipo de medicamento utilizado en la consulta y/o tratamiento ambulatorio, tanto en patologías de fase aguda, crónica o en casos de prevención.
- g) Procedimientos y/o servicios dermatológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Prestación del Servicio:

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales en los Centros Dermatológicos podrán hacerlo cuando así lo dispongan bajo las siguientes condiciones:

- a) El Asegurador pone a disposición de los Asegurados, un servicio telefónico de Urgencia las veinticuatro (24) horas del día, los 365

días del año, con personal altamente capacitado, de guardia para atender las Urgencias los fines de semana y días feriados (con excepción de las Urgencias presentadas en horario nocturno, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).

- b) Los Centros Dermatológicos, atenderán los Asegurados, de lunes a viernes, en un horario comprendido de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.
- c) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente anexo, están a cargo de Dermatólogos egresados de universidades reconocidas y avaladas por los Organismos competentes en la República Bolivariana de Venezuela, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, en ese sentido queda expresamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por EL ASEGURADOR , en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente la responsabilidad profesional que les corresponde a los Dermatólogos que presten el servicio, en razón y con fundamento a los tratamientos que le practiquen a EL ASEGURADO.
- d) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste Anexo, deberá solicitar la verificación de sus datos telefónicamente con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse al Centro Dermatológico elegido donde, previamente identificado con su cédula de identidad laminada, recibirá la atención del Dermatológica seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a EL ASEGURADOR la verificación de los datos de EL ASEGURADO para iniciar el tratamiento.

- e) El Asegurado que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el Dermatólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación;
- f) Cualquier reclamo, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a EL ASEGURADOR por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicho reclamo, observación o queja.

Reembolsos:

En caso de asistir a Centros Dermatológico u Dermatólogo que no pertenezcan al SISTEMA COORDINADO de Proveedores dichos gastos darán derecho a reembolso sin embargo importante destacar que el pago se establece bajo gastos razonables.

Procedimiento para Tramitar los Reembolsos.

1. El asegurado debe de tener los requisitos completos.
2. El asegurado debe de entregar los requisitos al El ejecutivo del Centro de Servicio y/o Ejecutivo de Enlace.
3. El ejecutivo del Centro de Servicio y/o El ejecutivo de Enlace debe de enviar la documentación original con un juego de copia a la siguiente dirección: Av. Abraham Lincoln, Torre la Previsora, Sabana Grande. Caracas, Piso 5, Ala Norte. a la atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco
4. Los C.S. o Ejecutivos Enlacen serán responsables de realizar el seguimiento de los reembolsos enviados a nuestra Gerencia por

medio de nuestro correo interno (LOTUS) con atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco

Requisitos

- ❖ Factura original de (Consulta, y/o Tratamiento) que cumpla con los requisitos exigidos por el SENIAT, la misma deberá ir a nombre del paciente. **En caso de que el paciente afectado sea menor de edad la factura debe ir emitida a nombre del Titular o Representante legal.**
- ❖ Informe médico prescrito por un especialista (Medico Dermatólogo)
- ❖ Fotocopia de la cédula de identidad del Titular y del Beneficiario (en caso de ser menor de edad debe consignar la fotocopia de la partida de nacimiento).
- ❖ Deberá consignar la documentación dentro de los treinta **(30) días** continuos seguidos a la fecha.
- ❖ Planilla de Solicitud de Reembolso.
- ❖ Un juego de copias de los recaudos antes mencionados.
- ❖ Para un análisis efectivo el proveedor tiene la potestad de solicitar otros requisitos que sean necesarios con el fin de culminar de manera efectiva la evaluación de dicho reembolso

SERVICIO FISIOTERAPEUTICO

Alcance de la Cobertura:

- a) Diagnóstico (Examen e Historia Clínica).
- b) Masoterapia: aplicación de distintas modalidades de masaje, como el masaje terapéutico, el drenaje linfático manual terapéutico, el masaje transverso profundo, crio-masaje, masaje deportivo, inducción y liberación miofascial, técnicas manuales neuro-musculares, miotensivas, masaje del tejido conjuntivo, masaje reflejo, masaje del periostio, etc.
- c) Fisioterapia Manual Ortopédica o Terapia Manual
- d) Manipulación vertebral y de articulaciones periféricas
- e) Kinesioterapia, o Terapia por el Movimiento
- f) Ejercicios Terapéuticos
- g) Reeducción postural global y métodos kinésicos manuales analíticos o globales de valoración y tratamiento, potenciación, estiramiento y reequilibración de la función músculo-esquelética
- h) Control motor
- i) Movilizaciones articulares, neuro-meníngeas, fasciales y viscerales
- j) Estiramientos Analíticos en Fisioterapia
- k) Métodos manuales de reeducación del tono postural, sinergias y patrones neuro-motores patológicos en el caso de la Fisioterapia Neurológica
- l) Métodos manuales de desobstrucción de la vía aérea, reequilibración de los parámetros ventilatorios y reeducación al esfuerzo en el caso de la Fisioterapia Respiratoria
- m) Gimnasia miasténica hipopresiva

n) Vendaje funcional y Kinesio-Taping

Los servicios antes enunciados tendrán un máximo de doce **(12) sesiones** por persona al año en caso de:

- a) Enfermedades consideradas preexistentes por EL ASEGURADOR y que ameriten Fisioterapia, secuelas de accidentes o intervenciones quirúrgicas ocurridas antes de la inclusión del asegurado, malformaciones congénitas, luxación congénita de cadera (antes del tercer mes de vida fetal), anomalías ortopédicas a consecuencia de un accidente o enfermedad contraídas fuera de la póliza, Síndrome de Down, osteoporosis postmenopáusica, anomalías cardiovasculares, cáncer, tratamientos de fisioterapia relacionados con trastornos de crecimiento;
- b) Enfermedades o Accidentes amparados por la póliza.

Prestación del Servicio:

LOS ASEGURADOS que requieran los servicios profesionales en los Centros Fisioterapéuticos podrán hacerlo cuando así lo decidan bajo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Fisioterapeutas afiliados al Sistema establecido por EL ASEGURADOR. EL ASEGURADO podrá escoger el Centro Fisioterapéutico de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por EL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Fisioterapéuticos o por otros Fisioterapeutas diferentes a los del Sistema, ni por los tratamientos no amparados por este Anexo, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.

- b) EL ASEGURADOR pone a disposición de EL ASEGURADO un servicio telefónico de urgencia las veinticuatro (24) horas del día, con personal capacitado de guardia para atender las emergencias los fines de semana y días feriados (haciendo la salvedad para las emergencias nocturnas, las cuales serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del día siguiente).
- c) Los Centros Fisioterapéuticos atenderán a LOS ASEGURADOS desde los días lunes hasta los viernes, dentro de un horario de 8: 00 a.m. hasta las 6:00 p.m.
- d) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste Anexo, deberá ingresar a la página web www.sigmadental.net o a través del casillero gratuito Zoom, para consignar Informe Médico donde se especifique la lesión a tratar y la indicación de sesiones de Fisioterapia a recibir, a los fines de recibir, en un lapso de 24 ó 72 horas dependiendo del medio utilizado, la clave de autorización de atención para solicitar su cita telefónicamente con el Fisioterapeuta de su preferencia y luego dirigirse al Centro Fisioterapéutico escogido, donde, previamente identificado con su cédula de identidad, recibirá la atención del Fisioterapeuta seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a EL ASEGURADOR la clave de autorización para iniciar el tratamiento a EL ASEGURADO.

Reembolsos:

En caso de asistir a Centros de Rehabilitación , Fisioterapeuta o Fisiatra que no pertenezcan al SISTEMA COORDINADO de Proveedores dichos gastos darán derecho a reembolso sin embargo importante destacar que el pago se establece bajo gastos razonables, por otra parte la

cobertura por montura de lentes solo se maneja bajo la figura de reembolso.

Procedimiento para Tramitar los Reembolsos.

1. El asegurado debe de tener los requisitos completos.
2. El asegurado debe de entregar los requisitos al El ejecutivo del Centro de Servicio y/o Ejecutivo de Enlace.
3. El ejecutivo del Centro de Servicio y/o El ejecutivo de Enlace debe de enviar la documentación original con un juego de copia a la siguiente dirección: Av. Abraham Lincoln, Torre la Previsora, Sabana Grande. Caracas, Piso 5, Ala Norte. A la Atención de la Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco
4. Los C.S. o Ejecutivos Enlacen serán responsables de realizar el seguimiento de los reembolsos enviados a nuestra Gerencia por medio de nuestro correo interno (LOTUS) con atención Srta. María Luaiza y/o Sr Eric Velasco.

Requisitos

- ❖ Factura original de (Consulta y/o Sesiones) que cumpla con los requisitos exigidos por el SENIAT, la misma deberá ir a nombre del paciente. **En caso de que el paciente afectado sea menor de edad la factura debe ir emitida a nombre del Titular o Representante legal.**
- ❖ Informe médico prescrito por un especialista (Medico Psicológico)
- ❖ Fotocopia de la cédula de identidad del Titular y del Beneficiario (en caso de ser menor de edad debe consignar la fotocopia de la partida de nacimiento).

- ❖ Deberá consignar la documentación dentro de los treinta **(30) días** continuos seguidos a la fecha.
- ❖ Planilla de Solicitud de Reembolso.
- ❖ Un juego de copias de los recaudos antes mencionados.
- ❖ Para un análisis efectivo el proveedor tiene la potestad de solicita otro requisitos que sean necesario con el fin de culminar de manera efectiva la evaluación de dicho reembolso



La Previsora

Un Pueblo, un Seguro

SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Servicio de Medicina Preventiva

Se aplicará el beneficio de Medicina Preventiva al asegurado titular y cualquier integrante del grupo familiar inscrito siempre y cuando así lo establezca el Cuadro de Coberturas de la Póliza suscrita, por concepto de prestación de Servicios Médicos Profesionales, con fines preventivos, únicamente en los Centros Hospitalarios y/o médicos convenidos para dicho fin, previa aprobación de LA COMPAÑÍA y de acuerdo a los servicios establecidos según lo detallado a continuación:

- a) Servicio de Asistencia Médica General.
- b) Servicio de Consulta Especializada.
- c) Servicio de exámenes de laboratorio rutinarios(Perfil 20).
- d) Servicio de consulta médica ginecológica, el cual contempla una citología vaginal al año.
- e) Servicio de placa simple de Rayos X.

Queda entendido y convenido que este beneficio de Medicina Preventiva se otorgará una sola vez por año-póliza por Asegurado, a excepción de lo indicado en el literal "a", cuyo limite será dos (2) veces por año-póliza por Asegurado.