



¿Qué no cubrimos?

El Seguro de Salud Esencial Plus, está especialmente diseñado para cubrir las principales enfermedades que nuestros asegurados podrían enfrentar a lo largo de sus vidas. Sin embargo, existen ciertos tipos de enfermedades poco comunes o condiciones médicas particulares que, de ser aceptadas por el seguro, lo encarecerían en demasía, en perjuicio del resto de asegurados. Por ello, el Seguro de Salud Esencial tiene ciertas exclusiones, entre las cuales se encuentran:

Gastos no cubiertos y exclusiones

Este seguro no cubre los gastos derivados y/o relacionados y/o consecuencia de:

PREEXISTENCIAS, entendidas como aquellas así definidas en el GLOSARIO de la Póliza, no considerándose como PREEXISTENCIAS a las ENFERMEDADES por las que el ASEGURADO haya recibido cobertura durante la vigencia de una póliza de ENFERMEDADES o asistencia médica emitida por PACÍFICO SEGUROS u otra compañía de seguros registrada en la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, en el período inmediatamente anterior a la contratación de la presente Póliza.

Cuidado podiátrico, incluyendo el cuidado de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles y pies débiles, plantillas y zapatos ortopédicos y ortésicos.

MEDICINA ALTERNATIVA Y/O COMPLEMENTARIA.

Cuidados particulares de enfermería para casos hospitalarios y servicio a domicilio.

a) Atenciones y/o tratamientos practicados por personas que no sean médicos u odontólogos colegiados, entendiéndose como tales aquellas atenciones o procedimientos médicos a los que el ASEGURADO se somete de manera voluntaria a la persona que lo practica o de las circunstancias que le permiten llegar a dicha conclusión.

b) Gastos por concepto de compra de sangre, plasma, hemoderivados, tejidos, órganos. No se cubre albúmina humana, plasma rico en plaquetas ni tratamientos que impliquen el uso de células madre (StemCell), salvo que se requiera para TRASPLANTE de médula ósea.

c) En los casos de HOSPITALIZACIÓN no se cubrirán los gastos del acompañante, teléfono, internet, alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

d) Pruebas DIAGNOSTICAS (laboratorio, imágenes y/u otros estudios) o TRATAMIENTOS (procedimientos médicos o quirúrgicos, insumos, dispositivos, implantes, equipos y/o medicamentos) derivados y/o relacionados y/o a consecuencia de y otros precisados a continuación:

I. Todo medicamento, equipo, dispositivo, IMPLANTE, procedimiento o insumo médico utilizado que no haya sido aprobado por la FDA o EMA para el DIAGNÓSTICO correspondiente.

II. Los que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS y no cuenten con el sustento médico según la MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA con ensayos clínicos de fase III concluidos y con beneficio demostrado.

III. Medicamentos, insumos o dispositivos aprobados por la F.D.A o EMA, pero prescritos para ENFERMEDADES diferentes para los que fueron aprobados (excepto en casos de CÁNCER).

IV. Medicamentos, insumos o dispositivos que aun cuando hayan sido aprobados por la F.D.A o EMA, se encuentren expresamente indicados en este Artículo 8° como excluidos.

V. Medicamentos utilizados con fines placebo. Edulcorantes.

VI. Recursos terapéuticos naturales (uña de gato, muérdago, etc.), cualquiera sea su forma de presentación.

VII. Tratamientos o procedimientos experimentales.

VIII. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org. Tratamientos y procedimientos que no se encuentren aprobados con nivel de evidencia y consenso 1 o 2A en las "Clinical Practice Guidelines in Oncology" (Guías de Práctica Clínica en Oncología) de la NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN) de los Estados Unidos de América. Para mayor información acceder a www.nccn.org.

IX. Productos de higiene personal. Productos COSMÉTICOS, productos dermatocosméticos, humectantes, exfoliantes y bloqueadores solares (fotoprotectores) para fines preventivos y/o estéticos.

X. Medicamentos para tratamiento de la dependencia al alcohol, tabaco y drogas ilícitas.

XI. Consultas, pruebas auxiliares y tratamientos médicos, psicológicos y/o psiquiátricos relacionados con los diagnósticos comprendidos en el capítulo V, Trastornos Mentales y del Comportamiento, del Código Internacional de Enfermedades CIE 10, así como tratamientos para corregir trastornos de conducta, trastornos de la atención lenguaje y del aprendizaje. Electroencefalograma para cefaleas o problemas de memoria o atención. Curas de reposo o de sueño.

XII. Medicamentos y procedimientos para el tratamiento de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y/o SÍNDROME de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

XIII. Suplementos alimenticios (excepto los utilizados para el ASEGURADO hospitalizado), complementos nutricionales, leches o fórmulas maternizadas, fármacos nutracéuticos, productos de propiedades antiasténicas, reconstituyentes, energizantes, anabólicos, estimulantes de funciones intelectuales cerebrales. No se cubren vitaminas ni minerales salvo en enfermedades en las que se haya demostrado por laboratorio la carencia de los mismos.

XIV. Medicamentos, exámenes auxiliares, procedimientos o tratamientos prescritos con fines de prevención primaria o secundaria (excepto aspirina, clopidogrel, warfarina, heparinas u otros anticoagulantes, metformin, palivizumab, gastroprotectores frente al uso de fármacos gastrolesivos, montelukast en asma, profilácticos para migraña y antibióticos preoperatorios, los cuales sí se cubrirán).

XV. Pruebas no invasivas séricas para diagnóstico de hígado graso o fibrosis (Fibromax, Fibrotest, Actitest, Ashtest).

XVI. Inmunoestimulantes, Vacunas (excepto vacuna indicada por isoimmunización materno-fetal, vacunas antirrábica o antitetánica por indicación médica y la Vacuna del Virus del Papiloma Humano en mujeres).

XVII. Medicamentos para el tratamiento de osteopenia.

XVIII. Microresonancia magnética.

XIX. Medicamentos para el tratamiento por climaterio y menopausia y/o sus consecuencias.

XX. PRÓTESIS externas, tales como aparatos auditivos, apéndice auricular, globo ocular y extremidades.

XXI. Dispositivos o IMPLANTES médicos de naturaleza mecánica o electrónica de uso interno comprendidos en las clases II o III de la FDA, tales como: IMPLANTE coclear, Cefaly, neuroestimulador cerebral, estimulador de crecimiento óseo, dispositivos intervertebrales o interespinosos (excepto: marcapaso cardíaco, stent, PRÓTESIS osteoarticulares, PRÓTESIS tipo cajetillas o cages para columna vertebral, los cuales sí se cubrirán).

XXII. Equipos mecánicos o electrónicos de uso extra hospitalario y con fines DIAGNÓSTICOS o terapéuticos comprendidos en las clases II o III de la clasificación de dispositivos médicos de la FDA; y adicionalmente no se cubren los siguientes aparatos: termómetro, tensiómetro, bombas de insulina implantables, glucómetro y muletas.

XXIII. ENFERMEDADES, lesiones y/o defectos congénitos o de tipo genético hereditario, a excepción de lo indicado en las coberturas CONGÉNITAS del recién nacido y de ENFERMEDADES CONGÉNITAS no diagnosticadas, hasta los límites establecidos para estas coberturas.

XXIV. Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por obesidad o reducción o ganancia de peso. Cirugía por diástasis de los músculos rectos abdominales.

XXV. Ginecomastia y Gigantomastia.

XXVI. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, excepto en los casos de cirugía reconstructiva por CÁNCER de Mama que involucre una mastectomía radical o total (por única vez) cubierta según lo especificado en esta Póliza, para la cobertura Oncológica o en los casos de ACCIDENTES cubiertos por la Póliza, debidamente reportados a PACÍFICO SEGUROS.

XXVII. Vasectomía y Bloqueo Tubario.

XXVIII. Estudios, tratamientos o cirugías para fertilización y concepción, incluyendo pero no limitado a Histerosalpingografía, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, tratamientos hormonales. Métodos anticonceptivos y las complicaciones derivadas del uso de éstos.

XXIX. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o para mejorar o restaurar una función sexual con o sin uso de PRÓTESIS.

XXX. Tratamiento de alopecia.

XXXI. Suicidio o intento de suicidio, lesiones autoinfligidas de manera voluntaria.

XXXII. ENFERMEDADES y/o complicaciones y/o consecuencias médico-quirúrgicas ocasionadas por el consumo de alcohol, psicofármacos, drogas ilícitas y/o estupefacientes, incluyendo tratamientos de desintoxicación u otros que pudieran indicarse.

XXXIII. ACCIDENTES sufridos como consecuencia directa de consumo de alcohol, consumo de psicofármacos, estupefacientes y/o drogas ilícitas, registrado por un profesional de la SALUD en la historia clínica o documento médico o a través del examen de alcoholemia u otro que corresponda. En caso de ACCIDENTE vehicular esta exclusión sólo se aplica al conductor del vehículo. Se entiende que una persona se encuentra en estado de ebriedad si el examen de alcoholemia u otro que corresponda arroja un resultado mayor al permitido por el Reglamento Nacional de Tránsito vigente, al momento del ACCIDENTE. Para efectos de determinar el grado de ebriedad del conductor al momento del ACCIDENTE vehicular, queda establecido que se determinará en base al resultado del examen de alcoholemia u otro que corresponda y al grado de metabolización del alcohol en la sangre que deberá ser de 0,15 g/l por hora transcurrida desde el momento del ACCIDENTE hasta el instante mismo en que se practique la prueba. Igualmente, se considera que existe intoxicación cuando el examen correspondiente arroje consumo de fármacos o estupefacientes.

XXXIV. Disfunción eréctil y trastorno de la libido.

XXXV. Cirugía odontológica, ENFERMEDAD periodontal, ortodoncia, prognatismo, cirugía de encías, quistes dentales, odontología cosmética, cirugía bucal (apicectomía y similares), PRÓTESIS dentales, implantes dentales, coronas sobre implantes, ni todo lo relacionado con ellos, salvo las atenciones indicadas en el artículo de Beneficios y Gastos Cubiertos como "Gastos Odontológicos".

XXXVI. Estudios y tratamiento por problemas de la mandíbula incluyendo el SÍNDROME témporo-mandibular, cráneo mandibular, desórdenes u otras alteraciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación. (ATM – articulación temporomandibular).

XXXVII. ACCIDENTES de trabajo o ENFERMEDADES ocupacionales.

XXXVIII. Accidentes producidos a consecuencia de la práctica de los siguientes deportes o actividades notoriamente peligrosos, realizados de manera profesional, y no profesional cuando hayan sido practicados o desarrollados en competencias deportivas y que haya recibido remuneración o compensación alguna por el desarrollo o práctica de estos: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, prácticas hípcas, alpinismo o andinismo, cacería, pesca submarina o en alta mar, ala delta, parapente, puenting, paracaidismo, buceo, escalada, esquí, kayak, montañismo, rafting, rappel, snowboard, trekking, surf, windsurf, sky-surf, skateboard, mountain bike o ciclismo de montaña.

XXXIX. Lesiones sufridas en viajes aéreos, sea como piloto o tripulante o como pasajero, en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros.

XL. Pruebas auxiliares y/o tratamientos de los defectos de la refracción visual (excimer laser o Lasik y otros procedimientos para estudio y corrección). Suministro de lentes, monturas, lentes de contacto e intraoculares multifocales.

XLI. Chequeos médicos y descarte de ENFERMEDADES en una persona sana, salvo los chequeos médicos preventivos que se especifiquen en la TABLA DE BENEFICIOS, así como controles de ENFERMEDADES no cubiertas por esta póliza.

XLII. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de actos de guerra, revoluciones, energía atómica o durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo, actos delictivos o criminales.

XLIII. Lesiones o ENFERMEDADES adquiridas como consecuencia de una contaminación nuclear.

XLIV. Gastos incurridos por el ABORTO ilegal y sus complicaciones.

XLV. Gastos por complicaciones o consecuencias relacionadas a DIAGNÓSTICOS o tratamientos no cubiertos por esta Póliza.

XLVI. Procedimientos de criopreservación o criogenéticos, salvo lo indicado para la cobertura PROGRAMA DE MATERNIDAD, en los términos señalados en la TABLA DE BENEFICIOS.

Tratamientos que no se consideren MÉDICAMENTE NECESARIOS.

XLVII. Tratamientos quirúrgicos y procedimientos para lesiones vasculares superficiales de extremidades (telangiectasias, hemangiomas); escleroterapia de várices.

XLIX. Pruebas diagnósticas no certificadas y tratamientos desensibilizantes para alergias.

L. Tratamiento con hormona de crecimiento o testosterona.

LI. Dispositivos para columna (incluyendo el acto quirúrgico cuyo único fin es implantarlo): del grupo de dispositivos interespinosos e invertebrales (Coflex, Coflex –F, Diam, DCI y similares). Procedimientos mínimamente invasivos ablativos para columna con químicos, láser o radiofrecuencia: nucleoplastia, rizotomía o neulólisis; proloterapia, ozonoterapia, biacuplastia. Cirugías híbridas de columna. Aguja seca. Sí se cubren los bloqueos radiculares o facetarios con anestésicos o corticoides.

LII. ENFERMEDADES EPIDÉMICAS que se encuentren bajo el control del Ministerio de SALUD o de cualquier otra entidad gubernamental.

LIII. Viscosuplementación para patologías articulares, excepto en osteoartritis tibiofemoral de rodilla leve a moderada. No se cubre en condromalacia patelar ni síndrome patelo femoral.

LIV. Score de calcio para enfermedades cardiovasculares y angiogramografía coronaria para estratificación de terapia hipolipemiante.

LV. Pruebas o tests con fines pronósticos (genéticas, de imágenes o de laboratorio) intra o extrauterino.

LVI. Nuevos biológicos para hepatitis C crónica (Simeprevir, Sofosbuvir, Daclatasvir).

LVII. Para la cobertura de TRASPLANTE DE ORGANOS, adicionalmente a las exclusiones señaladas en este artículo, no se pagarán los beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro, en los siguientes casos:

a) Aquellas condiciones que provengan como resultado de o tengan relación a un TRASPLANTE que no sea de los órganos cubiertos o que no haya sido previamente aprobado por PACÍFICO SEGUROS.

b) Los TRASPLANTES considerados como experimentales.

c) Cuando el órgano sea considerado como equipo diagnóstico o mecánico, o como artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.

d) Exámenes, evaluaciones, estudios de histocompatibilidad y pruebas de selección de posibles donantes, salvo del donante calificado.

Si un SUIESTRO que debió ser rechazado por encontrarse excluido de cobertura hubiese sido CUBIERTO por error, PACÍFICO SEGUROS no estará obligado a continuar asumiendo el gasto por atenciones relacionadas a dicho CUBIERTO a partir de la fecha de identificación del error, debiendo informar por escrito al ASEGURADO apenas advierta el error cometido. Lo aquí señalado sólo aplicará cuando las causales de liberación se hayan descubierto con posterioridad.