

GLOSARIO DE TERMINOS

ACCIDENTE: Se considera como tal a la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por la acción repentina de un agente externo, en forma súbita, imprevista y ajena a su voluntad.

ALTA HOSPITALARIA: Es el término de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico (por curación, fallecimiento, traslado o retiro voluntario).

ATENCION AMBULATORIA: Toda consulta médica que se realiza en un proveedor de servicio en salud y que tiene como objetivo el cuidado de la salud y no requiere una atención hospitalaria.

ATENCION HOSPITALARIA: Internamiento por indicación médica en un proveedor de servicio en salud que incluye la utilización del servicio de habitación, atención general de enfermería y el servicio de alimentación, este último de ser el caso.

CERTIFICADO MÉDICO DE ATENCION: Documento médico legal que certifica haberle dado atención a un paciente. Es conocido también como certificado médico.

COPAGO: Importe que el Asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios en salud de la red de Clínicas Afiliadas de **RIMAC**, cada vez que asiste para obtener un servicio de salud, ya sea una atención ambulatoria o un tratamiento hospitalario. Los conceptos en los cuales se aplican Copagos se especifican en el Plan de Beneficios. Una misma atención puede estar afecta a Copagos y Deducibles.

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro su vida, integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que requiere de atención médica inmediata.

Las Emergencias Médicas pueden ser Accidentales y No Accidentales.

EMERGENCIAS MÉDICAS: Son todas aquellas derivadas de accidentes (fuerza externa y violenta contra la voluntad de la persona) o factores endógenos que ponen en peligro la salud del Asegurado. Estas emergencias serán determinadas al momento de la atención por el Médico de servicio.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el elemento esencial del Contrato de Seguro, el cual debe concurrir en quien desee la cobertura de determinado riesgo, reflejado en su deseo sincero que el siniestro no se produzca.

PLAN DE BENEFICIOS: documento en donde constan las coberturas, primas, límites, y datos del proveedor de salud.