

# Exclusiones Salud Plan Conveniente

Existen diversos diagnósticos, tratamientos, enfermedades o complicaciones no cubiertas por la póliza de Asistencia Médica Colectiva – Salud PLAN CONVENIENTE.

A continuación te mostramos las más importantes, sin embargo podrás encontrar el detalle completo en tu plan de Beneficios o contrato.

1. Lentes de contacto o intervenciones quirúrgicas para corrección de trastornos de refracción, tales como miopía, hipermetropía, astigmatismo o presbicia. No se cubren monturas ni cristales.
2. Gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas y psicológicas definidas en el capítulo V del CIE-10 de la OMS (a excepción de los diagnósticos F00 al F09. No están cubiertas las curas de reposo o del sueño.
3. Trastornos del desarrollo psicomotor y del lenguaje de etiología adquirida a excepción de los causados por traumatismos, neoplasias o accidentes cerebrovasculares, en los que la terapia de rehabilitación se extenderá hasta un periodo máximo de 180 días.
4. Enfermedades, lesiones y/o defectos congénitos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, manifestados en cualquier etapa de la vida (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el plan de beneficios).
5. Gastos cuyo objeto principal sea el chequeo médico y despistaje de enfermedades en una persona sana, salvo lo estipulado en el plan de beneficios. Tampoco los gastos relacionados a evaluaciones para obtención de licencias y empleo.
6. Cirugía o Dermatología estética, cosmética o plástica, a excepción de los casos necesarios de cirugía reconstructiva, como consecuencia de un accidente que haya sido indubitablemente informado y aceptado por LA COMPAÑIA para efectos de la presente excepción (de aplicar la excepción se cubrirá la reconstrucción dental con materiales que no incluyan titanio). No se cubre cirugía reconstructiva en ningún otro caso, incluida la reconstrucción post cirugía oncológica. No se cubre ningún tratamiento médico ni quirúrgico de várices con fines estéticos. No se cubren tratamientos odontológicos de periodoncia y ortodoncia, o cualquier procedimiento con fines estéticos o cosméticos. No se cubren cirugías odontológicas, cirugía bucal ni alteraciones de la articulación temporomandibular.
7. Tratamiento médico o quirúrgico del melasma, alopecia u otros trastornos dermatológicos con fines estéticos. Tampoco colocación o retiro de Tatuajes ni piercing.
8. Sustancias exfoliativas, despigmentantes, jabones, champúes, cremas neutras y bloqueadores solares a excepción de aquellos pacientes con diagnóstico documentado en la Historia Clínica de los CIE-10 L57, L58 o L59 (No se cubren lágrimas naturales salvo casos de síndrome de ojo seco).
9. Mamoplastía reductora ni cirugías por ginecomastia.
10. Enfermedades y tratamientos resultantes del uso o adicción a las drogas, estupefacientes u alcohol, inclusive en forma aguda o crónica; así como, las lesiones por accidentes que se produzcan bajo la influencia del alcohol (en grado igual o superior a 0.50 gramos de alcohol por litro de sangre al momento del accidente) y/o drogas o en estado de sonambulismo al momento y como acto generador del siniestro. Para efectos de esta exclusión, se presumirá que el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia de alcohol o drogas, si el ASEGURADO se negara a que se le practique el examen de alcoholemia o toxicológico correspondiente.

11. Lesiones autoinfligidas o producidas voluntariamente o estando mentalmente insano, intento de suicidio, peleas, riñas, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
12. Sangre y derivados (plasma, paquetes globulares, plaquetas, factores de coagulación), excepto las pruebas de compatibilidad y los insumos necesarios para la transfusión. Las pruebas de laboratorio realizadas a los donantes estarán cubiertas de acuerdo a las unidades de sangre efectivamente trasfundidas.
13. Diagnóstico, estudios y tratamientos o cirugías para esterilización, fertilización (tanto en infertilidad primaria como secundaria), anticoncepción, disfunción eréctil y cambio de sexo. En los casos de fertilización asistida documentada en la Historia Clínica de la madre o a través de documentación médica confiable relacionada a la gestación, no se cubrirá ninguna atención de maternidad de la madre ni tampoco las atenciones médicas por prematuridad de los hijos nacidos de la gestación asistida. No se cubrirán tampoco las secuelas relacionadas a la prematuridad en estos niños.
14. Insuficiencia o sustitución hormonal en casos de trastorno de crecimiento. Tampoco evaluaciones ni tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, de sobrepeso, obesidad, obesidad mórbida, raquitismo, anorexia nerviosa y los derivados de éstos diagnósticos. No se cubren la liposucción, lipoescultura e inyecciones reductoras de grasa u otros métodos liporeductores.
15. Todos los gastos efectuados por concepto de vitaminas y minerales, salvo las requeridas para carencias vitamínicas documentadas, osteopenia, osteoporosis y vitamina K en hemorragias.
16. Leches maternizadas.
17. Suplementos alimenticios, suplementos nutricionales, productos naturales (hierbas y sus derivados, levaduras, probióticos), estimulantes del apetito, anabólicos, antioxidantes, productos geriátricos y reconstituyentes. Medicamentos neurotónicos y nootrópicos.
18. No se cubre inmunoterapia ni lisados bacterianos. No se cubren medicamentos inmunoestimulantes.
19. En caso de trastornos alérgicos, no se cubren procedimientos de desensibilización.
20. Acupuntura, quiropráxia, cuidados podiátricos y tratamientos de rehabilitación en gimnasios. No se cubre homeopatía ni medicina no tradicional de cualquier tipo.
21. Accidentes producidos a consecuencia de actividades o deportes, siendo aquellos los siguientes: conducción de automóviles o vehículos de competencia así como la participación en carreras de automóviles, motos, motonetas, bicicletas, motocross, downhill, la participación en concursos o prácticas hípicas, 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.
22. No están cubiertos los servicios, procedimientos o tratamientos considerados médicamente no necesarios (no sustentados en Medicina Basada en Evidencia, Nivel de Evidencia IIa de la Agency for Healthcare Reserch and Quality – AHRQ). No se cubren tampoco, los medicamentos, insumos, implantes o material quirúrgico no aprobado por la FDA para la indicación específica que es solicitada.
23. Modificadores de la respuesta biológica tales como interferones, interleukinas, factor estimulante de colonias, y anticuerpos monoclonales (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el Plan de Beneficios). Tampoco cuentan con cobertura otros tratamientos biológicos como inhibidores de tirosinkinasa, antiangiogénicos, inhibidores del proteosoma (salvo que se otorgue como una cobertura específica en el plan de beneficios).

24. Ecografías 3D y 4D.
25. Epidemias declaradas como tales por el Ministerio de Salud o Pandemias declaradas por la OMS.
26. No están cubiertas las prótesis ortopédicas y las ortesis (sillas de ruedas, anteojos, plantillas ortopédicas, corsés). No se cubren audífonos.
27. Tratamientos realizados en el extranjero o medicamento no comercializados a nivel nacional.
28. No cubre atención hospitalaria.
29. No cubre atención oncológica, sea ambulatoria u hospitalaria.
30. No cubre ningún gasto por maternidad (consultas Pre/Post Natales, parto natural o múltiple, cesárea, complicaciones del embarazo o amenaza de aborto).