



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

LA CREACIÓN DE UNA INSTITUCIÓN DE SEGUROS  
ESPECIALIZADA EN SALUD DESDE EL PUNTO  
DE VISTA TÉCNICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R I O

P R E S E N T A:

DAGOBERTO ASTOLFO SÁNCHEZ SOLÍS



FACULTAD DE CIENCIAS  
UNAM

DIRECTOR DE TESIS:  
ACT. ALFONSO PARRAO GUZMÁN  
ASESORA DE TESIS:  
ACT. MARÍA AURORA VALDÉS MICHELL

2005



FACULTAD DE CIENCIAS  
SECCION ESCOLAR

m345749



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Dagoberto Astolfo Sánchez Solís

FECHA: 21/05/2009

FIRMA: [Signature]

**ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ**  
**Jefe de la División de Estudios Profesionales de la**  
**Facultad de Ciencias**  
**Presente**

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

"La creación de una Institución de Seguros Especializada en Salud desde el punto de vista técnico"

realizado por **Dagoberto Astolfo Sánchez Solís**

con número de cuenta **07124790-4**, quien cubrió los créditos de la carrera de:

**Actuaría**

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director  
Propietario

Act. Alfonso Parrao Guzmán

Propietario

Act. María Aurora Valdés Michell

Propietario

Act. Jaime Vázquez Alamilla

Suplente

Act. Marina Castillo Garduño

Suplente

Act. Ana Laura Duarte Carmona

**Consejo Departamental de Matemáticas**

Act. Jaime Vázquez Alamilla

00000000

A ti,.....Aurora, Esposa mía.

Podrá nublarse el sol eternamente;  
Podrá secarse en un instante el mar;  
Podrá romperse el eje de la tierra  
Como un débil cristal.  
¡Todo sucederá! Podrá la muerte  
Cubirme con su fúnebre crespón;  
Pero jamás en mí,..... podrá apagarse  
La llama de tu amor.

Amor eterno  
(Gustavo Adolfo Bécquer)

Gracias a Dios, por permitirme llegar a este momento.

Particularmente, gracias a mi hermanita Maluye Carmina, por el empuje y apoyo que me diste en mi época estudiantil.

Gracias a mis hermanos, Raúl Vladimir, Guadalupe Gabriela y Juanita Mónica, por su solidaridad a toda prueba.

A ti hermanita Sandra, gracias por tu amor fraterno.

Hoy por hoy, agradezco a mis hijos Ángel Gabriel y Rodrigo Daniel, por confiar en mí, y por su amor que día a día me demuestran.

.....Dios los bendiga a todos.

Sólo el amor de una Madre apoyará,  
cuando todo el mundo deja de hacerlo.

Sólo el amor de una Madre confiará,  
cuando nadie otro cree.

Sólo el amor de una Madre perdonará,  
cuando ninguno otro entenderá.

Sólo el amor de una Madre honrará,  
no importa en qué pruebas haz estado.

Sólo el amor de una Madre resistirá,  
por cualquier tiempo de prueba.

No hay ningún otro amor terrenal,  
más grande que el de una Madre.

Gracias madrecita mía,.....por todo tu apoyo y amor que hoy siempre  
me haz dado.

Mi agradecimiento a:

.....mi amigo, Alfonso Parrao Guzmán.

.....María Aurora Valdés Michell.

.....Jaime Vázquez Alamilla.

.....Marina Castillo Garduño.

.....Ana Laura Duarte Carmona.

También deseo agradecer al personal administrativo de la Facultad, que en todo momento me brindó su apoyo y guía para llegar a cristalizar este momento.

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción.	v
Capítulo I. Legislación vigente sobre las I. S. E. S.	I - 1
Capítulo II. La planeación Estratégica.	II - 1
II.1. Estructura Organizacional	II - 2
II.2. Áreas y responsabilidades	II - 8
II.3. Presupuesto de operaciones	II - 25
Capítulo III. Responsabilidades Técnico-Actuariales, en la instrumentación de la Institución de Seguros:	III - 1
III.1. Las responsabilidades directas del área Técnica	III - 2
III.2. Los productos de seguros	III - 3
III.3. Registros y reportes Estadísticos	III -255
III.4. Reaseguro	III -258
III.5. Responsabilidad Civil	III -273
III.6. Subsistema de Vigilancia a Normas	III -276
Capítulo IV. Certificación e inicio de Operaciones	IV - 1
Conclusiones	C1
Anexos:	
Glosario de Términos	A1
Bibliografía	



## Introducción

En el presente trabajo, se hace una propuesta para crear en México, una Institución de Seguros Especializada en Salud, I.S.E.S., orientado particularmente sobre el quehacer del área técnica.

En la creación de la Aseguradora, existe toda una serie de procedimientos que deben seguirse y éstos, contienen diversos aspectos tales como:

- a. El legal, que incluye la propia constitución de la organización y su protocolización ante la fe pública de un Notario;
- b. También se contiene la definición del esquema operacional de la Aseguradora, en la cual se incluyen los documentos organizacionales, la infraestructura que debe crearse al interior de la empresa y la logística a seguir en el todo de la organización;
- c. La cuestión financiera y técnica, en la cual se debe considerar la factibilidad de que los accionistas involucrados puedan afrontar exitosamente las obligaciones que en cuanto a activos y pasivos les impone el quehacer asegurador, el seguimiento a las inversiones, a la evaluación de los riesgos a que se expone la cartera y la propia gestión operativa;
- d. EL cumplimiento a las normas y disposiciones que en materia de Salud se establecen para las Aseguradoras, tales como la preparación de la documentación e infraestructura operacional que deben tener las instituciones de seguros de salud, para afrontar y vigilar las responsabilidades a que la obligan la suscripción de este tipo de contratos.

De conformidad con lo mencionado anteriormente, tan sólo el instrumentar un plan de trabajo para crear una de estas instituciones, implica un desarrollo ampliado de lo que académicamente podría considerarse un Actuario en seguros, ya que necesariamente la logística operativa requiere el conocimiento pleno de la legislación vigente en materia de seguros y muy particularmente sobre las I. S. E. S., normatividad aún insuficiente y a veces confusa en aspectos como los contables, por ejemplo no se especifica claramente que y como hacer para transferir una cartera de riesgo entre una empresa no aseguradora y una Aseguradora, o en lo relativo al tratamiento que deben aplicarse en el manejo de grupos asegurables, y en consecuencia se aplica en forma supletoria lo que al respecto dispone el Reglamento del Seguro de Grupo, mismo que se refiere a los seguros de vida y/o de Gastos Médicos Mayores, sin embargo, los seguros de salud contienen sus propias particularidades, más aún cuando la operación de las empresas que generaron este cambio fueron las Administradoras de Servicios Prepagados de

Salud, mismas que han generado terminologías, procedimientos y requerimientos particulares para este tipo de operaciones.

En el presente trabajo, se tocan en forma general los aspectos mencionados, y muy particularmente se desarrolla lo concerniente a las responsabilidades Técnicas de una Aseguradora de Salud.

Los aspectos legales que comprenden los trámites necesarios para el registro se bosqueja en el capítulo dos de la presente tesis, misma que culmina con un resumen de dicho procedimiento inicial de Registro

Así mismo, en un proceso de tal magnitud, se hace necesario desarrollar una planeación que permita establecer claramente las metas que deben tenerse para el logro del objetivo deseado, lo cual implica el desarrollar una metodología cuantitativa para el seguimiento del proyecto mediante indicadores de "metas logradas", parte de la planeación se comenta en el capítulo dos, esto es debido a que no es pretensión del presente documento el abordar en sí, la metodología utilizada.

Se sugiere que en la instrumentación de dicha planeación se use un enfoque del tipo de planeación estratégica o del Balanced Scorecard, o BSC por sus siglas en inglés, Cuadro de Mando Integral (España) o Tablero de Comando (Argentina).

Cabe mencionar que el Balanced Scorecard es el resultado de un proyecto de investigación liderado a principios de la década de los noventas por Robert S. Kaplan, profesor de Contabilidad de Harvard Business School y David P. Norton, exdirector general (CEO) de Nolan Norton, en esta metodología introdujeron cuatro diferentes perspectivas para evaluar la actividad de una compañía: 1.- Perspectiva Financiera, 2.- Perspectiva del Cliente, 3.- Perspectiva de Procesos, y 4.- Perspectiva de Aprendizaje e Innovación

BSC es un enfoque sistemático, para traducir las estrategias en un conjunto coherente de objetivos y medidas de desempeño articuladas, con el propósito de estimular la función de efectividad organizacional. BSC permite gestionar los objetivos de una organización de forma gráfica y su metodología facilita la comunicación y comprensión de los objetivos y estrategias a todos los niveles de la organización.

BSC empieza en la visión y estrategia de la compañía y define los factores críticos de éxito. Los indicadores ayudan a medir los objetivos y las áreas críticas de la estrategia. De esta forma, el Balanced Scorecard es un sistema de medida del

rendimiento, derivado de la visión y la estrategia, que refleja los aspectos más importantes de la empresa.

La participación del actuario en una institución de seguros, puede ser muy amplia o limitada, todo depende del nivel de preparación técnica que se tenga y de la posición que se ocupe en la estructura jerárquica de la empresa. Respecto de la preparación técnica es particularmente preponderante, lo relativo a las matemáticas aplicadas, finanzas, contabilidad, estadística y probabilidad, además del conocimiento del quehacer en Sistemas, en cuanto a diseño, desarrollo e instrumentación de éstos, Investigación de operaciones, por ejemplo, ya que es necesario toda esta mezcla de conocimientos para que la toma de decisiones de la dirección general o de las diferentes direcciones de áreas o gerencias de las Instituciones de Seguros sea asistida de una mejor manera.

La aplicación de los conocimientos comentados, van desde el desarrollo de los productos de seguros; el cálculo de las reservas técnicas, como son: las reservas de riesgos en curso, la metodología utilizada para la valuación de la suficiencia financiera de ésta reserva, la valuación de las reservas por los siniestros ocurridos y no reportados, la de gastos de ajuste asociados al siniestro, de obligaciones pendientes de cumplir reportadas y valuadas como las reportadas y no valuadas; las técnicas actuariales pueden aplicarse también en la determinación de la necesidad o no, de contar con una protección financiera de la Aseguradora debido a los diversos riesgos que asuma, y que constituye su cartera del seguro directo y cuando se determine que es necesario contar con algún tipo de reaseguro, se debe analizar la cartera desde diferentes escenarios, a efecto de determinar el mejor esquema de reaseguro a contratar.

En forma adicional, es recomendable que en el área técnica se ubique la responsabilidad de la generación de las estadísticas que deben generarse para su entrega a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y eventualmente establecer la coordinación de la definición, evaluación y seguimiento del seguro de responsabilidad civil médica, a efecto de saber en todo momento el impacto financiero que debe repercutir en las tarifas por estos conceptos.

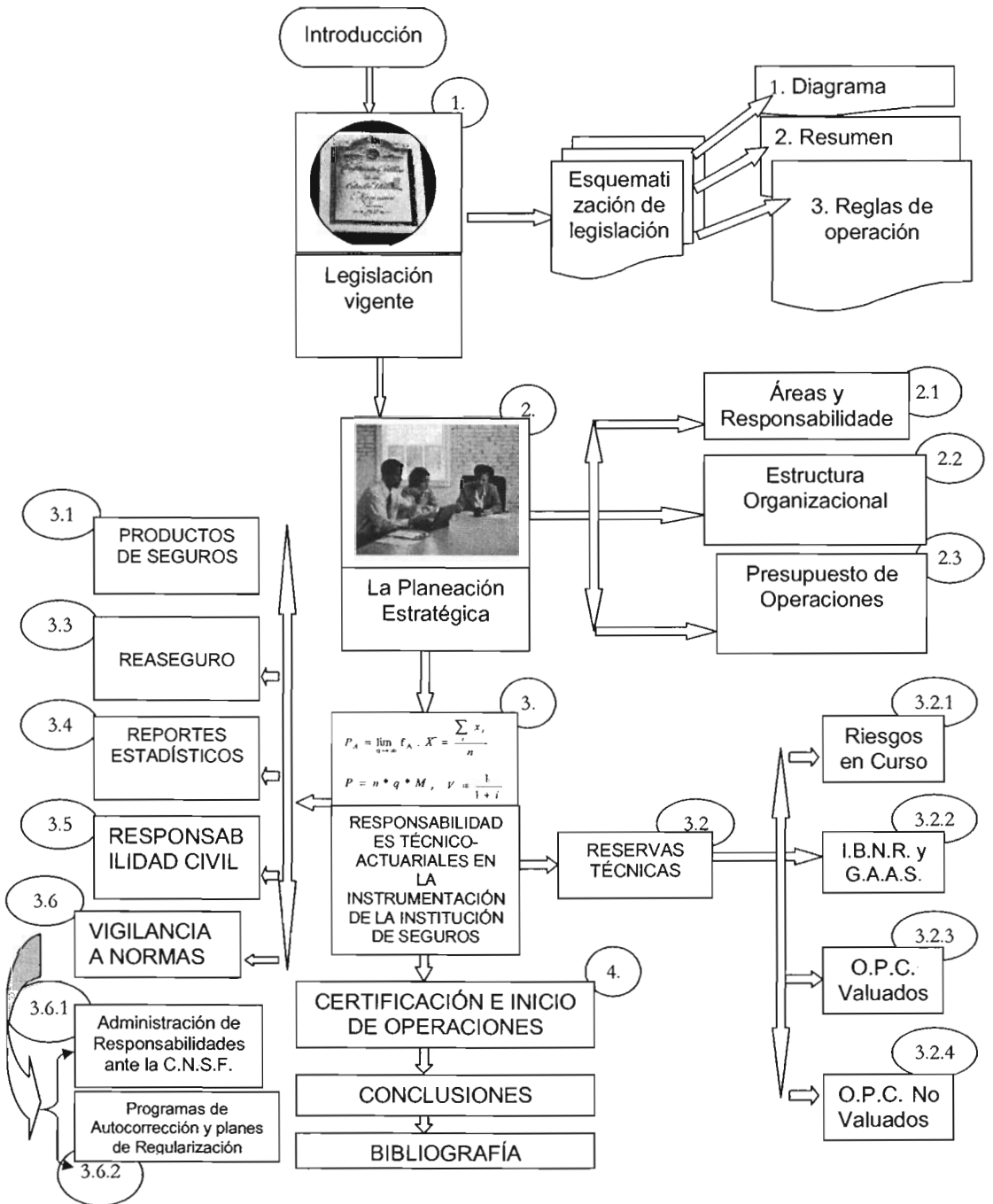
Así como el resto de las áreas de la Aseguradora, el área técnica Invariablemente debe vigilar en forma específica y preponderante el cumplimiento de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, LGISMS, que es el ordenamiento legal que especifica su quehacer técnico-actuarial, ya que si eventualmente la Institución de seguros incurriere en alguna deficiencia de su operación, tienen un lugar particular y preponderante los Programas de Autocorrección y de Planes de Regularización, que en estos casos deben realizar

las Aseguradoras. esto se trata el capítulo cuatro, enmarcado como las responsabilidades Técnico-Actuariales en la instrumentación de la Institución de Seguros. Una vez creada la Aseguradora, en lo que corresponde a la vigilancia e inspección que de las I.S.E.S. hace la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y, de estas aplicaciones del conocimiento actuarial se trata el capítulo tres.

El final del camino de la creación de la Institución de Seguros, y que a su vez significa el inicio del camino de la naciente Aseguradora, se encuentra la visita de Certificación y de inicio de Operaciones, que realiza la Comisión para efectos de confirmar la autorización otorgada, o para emitir opinión en contra de dicha autorización, la forma y términos de ambas situaciones se comentan en el cuarto y último capítulo de la presente tesis.

A manera de apoyo en el desarrollo de la argumentación de este documento, se utiliza el diagrama de presentación de tesis siguiente:

# DIAGRAMA DE PRESENTACIÓN DE TESIS



## **Capítulo 1. Legislación Vigente sobre las I.S.E.S.**

Durante el año 2000, el Gobierno Federal, en una acción coordinada entre las Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretarías de Salud, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, en representación del sector asegurador, establecieron la normatividad a seguir para la operación de los Seguros de Salud en México.

A efecto de dar una esquematización jerárquica de la legislación en materia de seguros, mencionaré que dicho orden jerárquico normativo de cada sistema de Derecho se compone de los siguientes grados:

1. Normas constitucionales
2. Normas ordinarias
3. Normas reglamentarias
4. Normas individualizadas

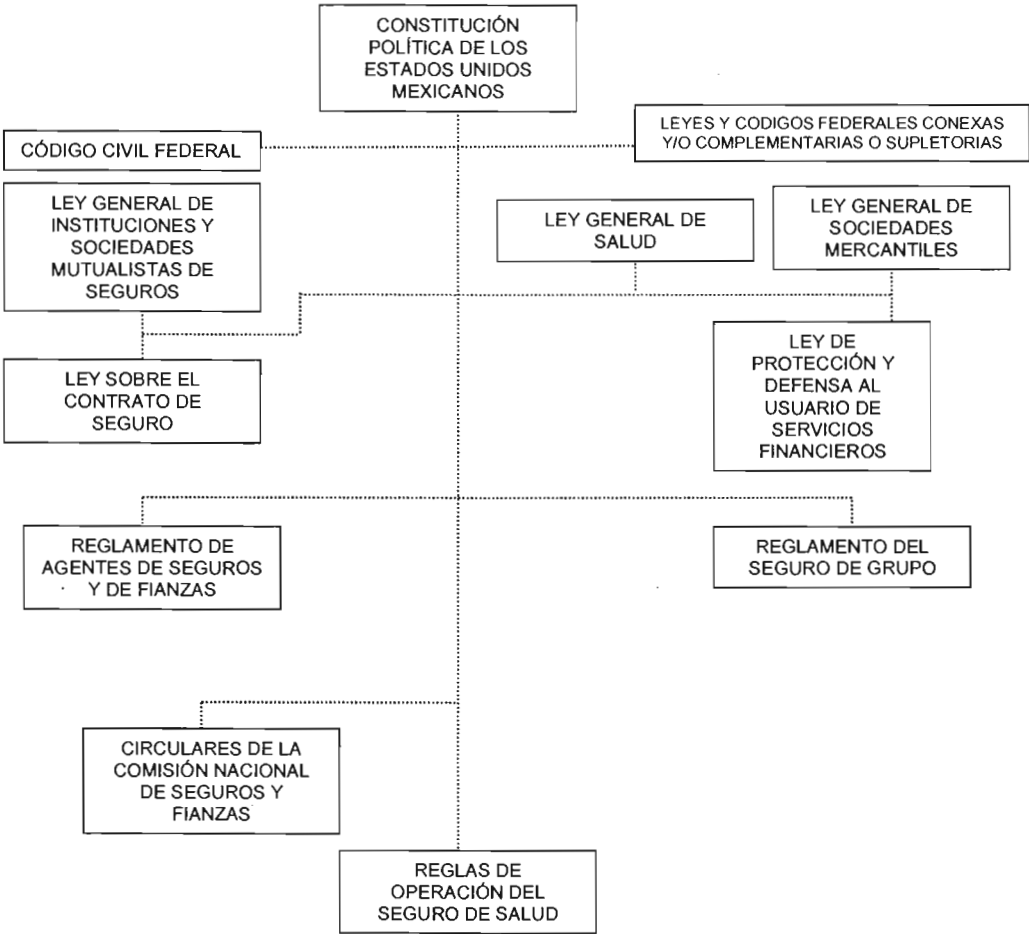
En este orden de ideas, y considerando que en los tiempos modernos se han analizado la posibilidad de establecer una jerarquización de los preceptos del derecho y se han considerado ya como partes constitutivas al orden jerárquico no solamente la totalidad de las normas en vigor, sino la individualización de estas en actos como los testamentos las resoluciones administrativas, los contratos y las sentencias judiciales.

De acuerdo a lo anterior la jerarquización que aquí haremos de las leyes queda de la siguiente manera:

1. La Constitución
2. El tratado Internacional y la ley federal
3. El decreto
4. El reglamento
5. El contrato
6. Los acuerdos
7. Los convenios
8. Las circulares
9. Las normas y manuales
10. La resolución administrativa

En consecuencia, puede decirse que las disposiciones legales en materia de Seguros de Salud, se aglutinan en la legislación mexicana en un esquema del tipo siguiente:

ESQUEMATIZACIÓN DE LA LEGISLACIÓN MEXICANA,  
VIGENTE EN MATERIA DE SEGUROS DE SALUD



En forma resumida, cada uno de estos ordenamientos legales, da al Sector Asegurador el sustento que se bosqueja a continuación:

**CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.-** De conformidad al artículo 25, corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional....y que, mediante el fomento del crecimiento económico..... El Estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica ....

**CÓDIGO CIVIL.-** Legislación supletoria y/o complementaria, en particular en lo relativo a los convenios o contratos entre particulares.

**LEY GENERAL DE SALUD.-** Establece las normas oficiales mexicanas que deben seguirse desde el punto de vista de los prestadores de Servicios Médicos , odontológicos, y demás prestadores de servicios conexos

**LEY GENERAL DE SOCIEDADES MERCANTILES.-** Aplican en forma supletoria y/o complementaria lo no especificado en los ordenamientos legales directos

**LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.-** Establece estructuras, directrices y objetivos operacionales en todo el quehacer de la actividad del sector Asegurador y Reasegurador, tanto funcionales como administrativas, Técnicas, Financieras etcétera.

**LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.-** Establece las particularidades, mínimas que debe tener todo contrato de Seguros

**LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.-** Por su propia creación esta Ley y el organismo público creado para su instrumentación, permite a los Contratantes y/o Asegurados y/o beneficiarios de una póliza de seguros, contratar con certeza una póliza de seguros y así mismo, dirimir toda controversia que al respecto surja

**REGLAMENTOS: DEL SEGURO DE GRUPO, DE AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS.-** El Reglamento del Seguro de Grupo regula en forma directa o supletoria todo lo relacionado a los Seguros de Grupo, y el Reglamento de Agentes Regula toda la actividad de intermediación de Seguros

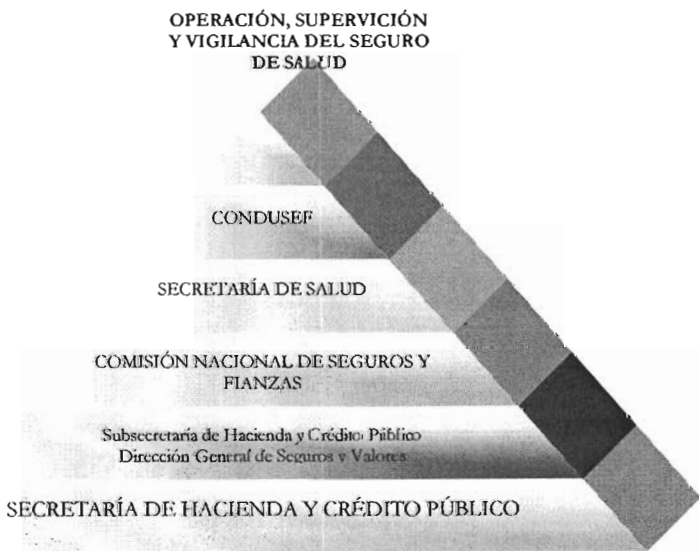
**CIRCULARES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.-** Establece las Reglas de operación del quehacer en Seguros de Salud Normatividad en: Seguro directo, Reaseguro, Fianzas, Sistemas, Reservas Técnicas, Vigilancia, Inspección, Control



**REGLAS DE OPERACIÓN DEL SEGURO DE SALUD.-** Fundamentada en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros encomienda la supervisión y vigilancia integral de las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud y ordena que la operación deberá realizarse de conformidad con lo dispuesto para el Sector Asegurador en la legislación vigente.

Se faculta a la Secretaría de Salud para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguros autorizadas.

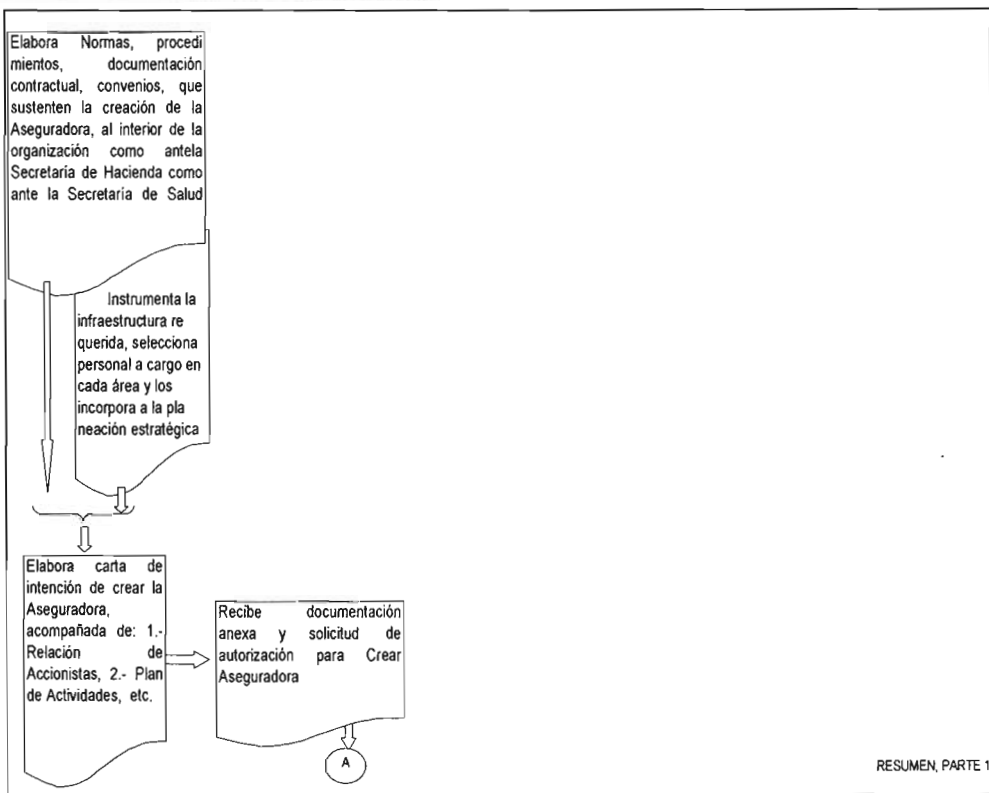
A nivel de **Órganos** que vigilan y supervisan la operación del seguro de salud, de conformidad a las disposiciones legales vigentes, el panorama es el siguiente:



En forma resumida las diferentes instancias y procedimientos que se deben desarrollar para el registro de la Institución de Seguros Especializada en Salud, se presenta en los cuadros siguientes:

**RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD**

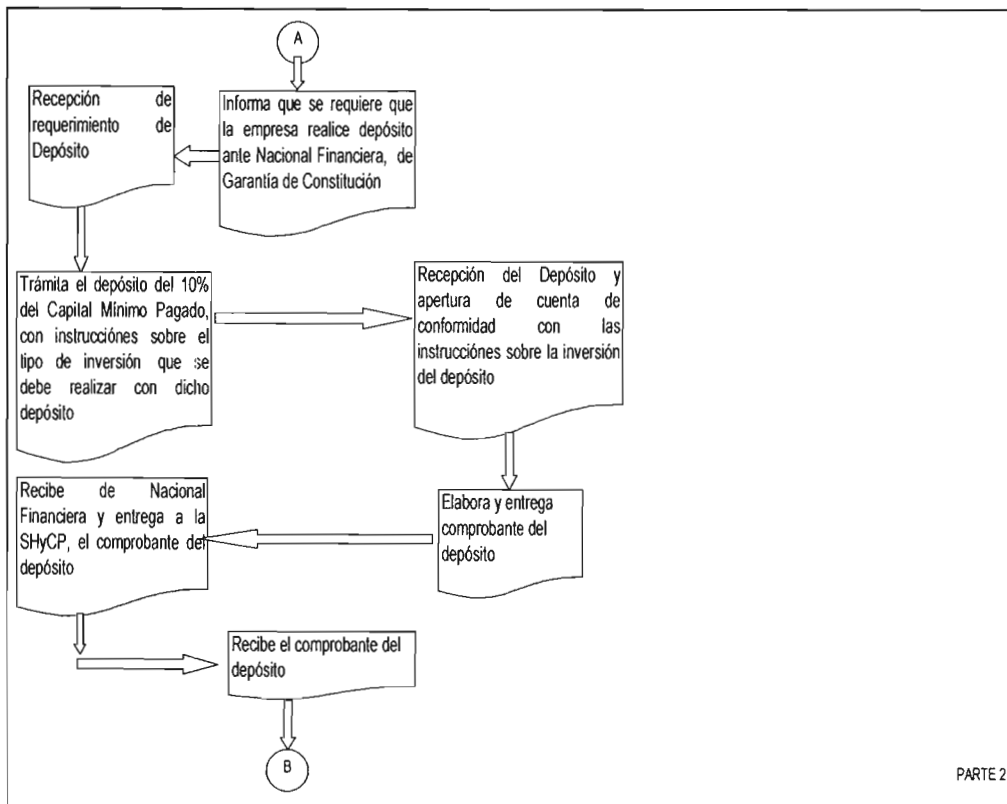
EMPRESA	SHyCP	NACIONAL FINANCIERA	SECRETARÍA DE SALUD	COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
---------	-------	---------------------	---------------------	--



RESUMEN, PARTE 1

## RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD

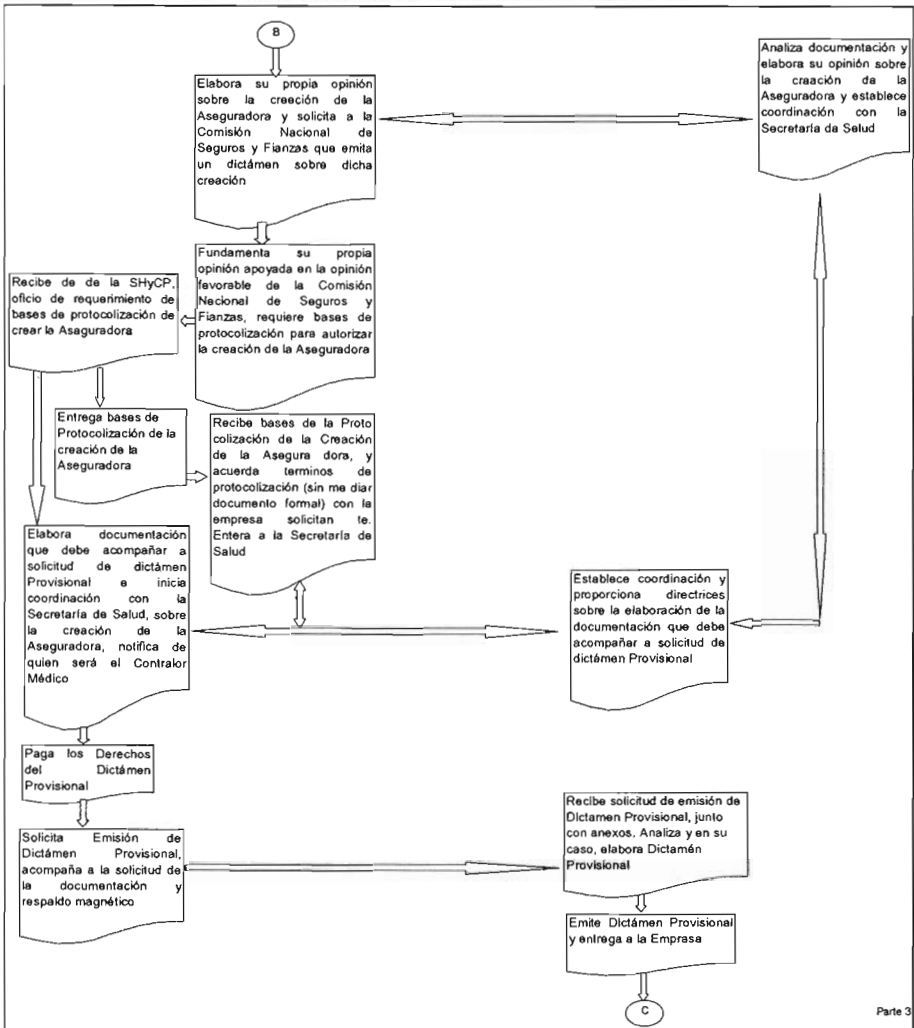
EMPRESA	SHyCP	NACIONAL FINANCIERA	SECRETARÍA DE SALUD	COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
---------	-------	---------------------	---------------------	--



PARTE 2

**RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD**

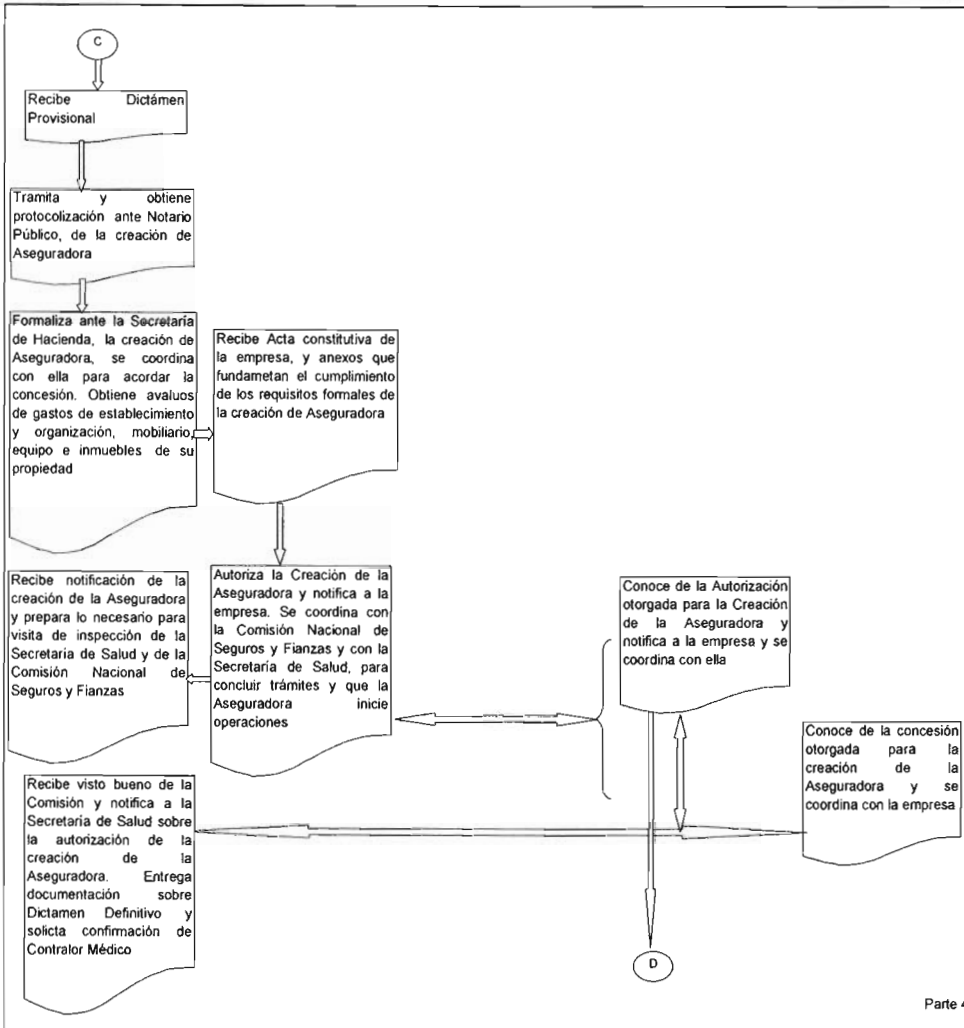
EMPRESA	SHyCP	NACIONAL FINANCIERA	SECRETARÍA DE SALUD	COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
---------	-------	---------------------	---------------------	--



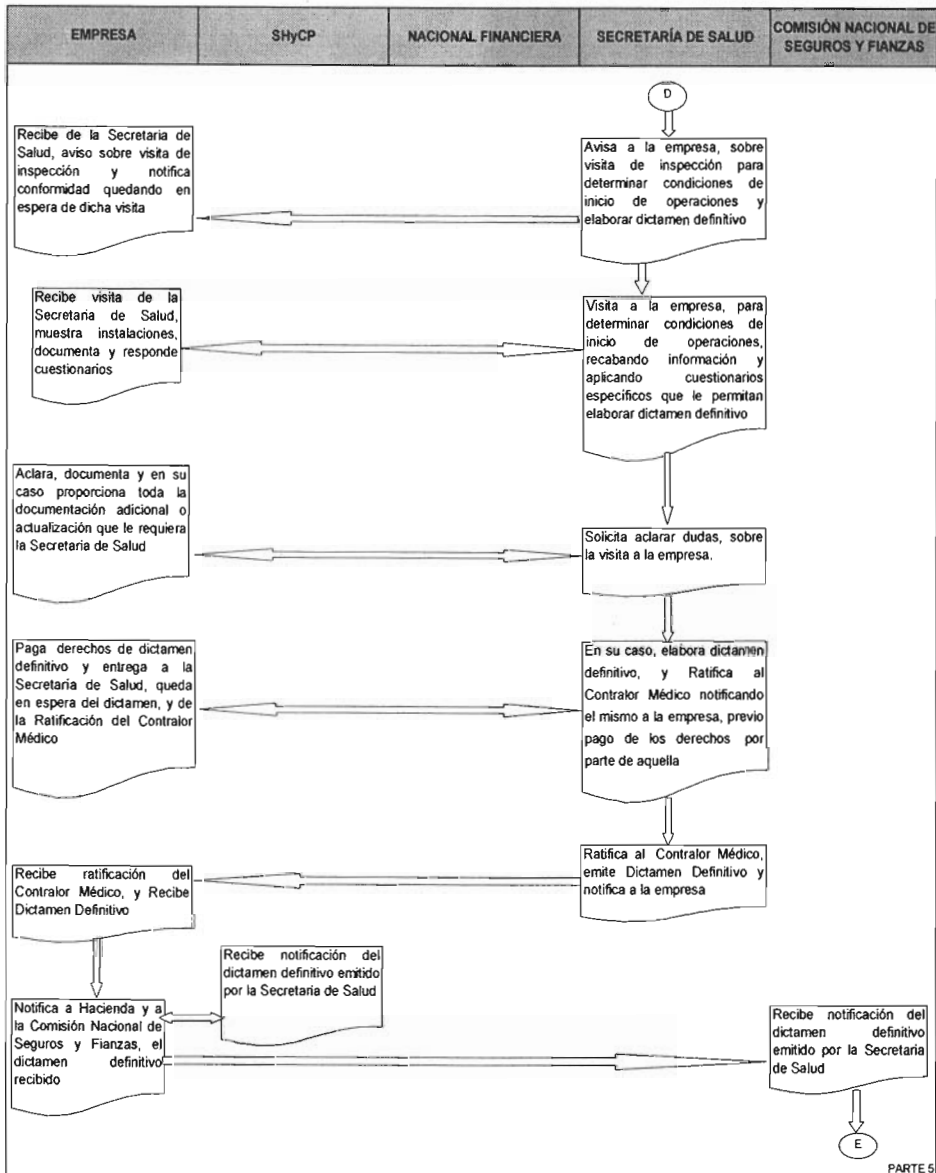
Parte 3

## RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD

EMPRESA	SHyCP	NACIONAL FINANCIERA	SECRETARÍA DE SALUD	COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
---------	-------	---------------------	---------------------	--

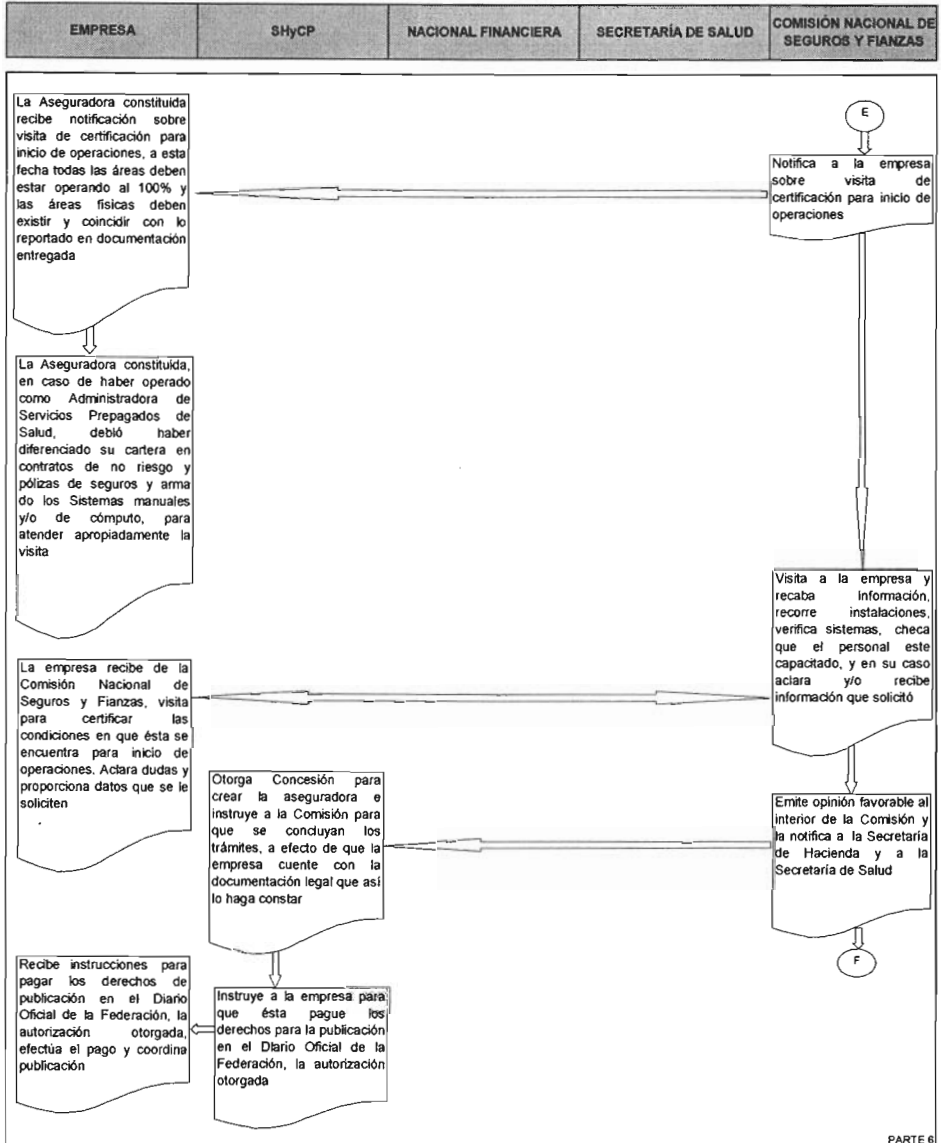


**RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD**



PARTE 5

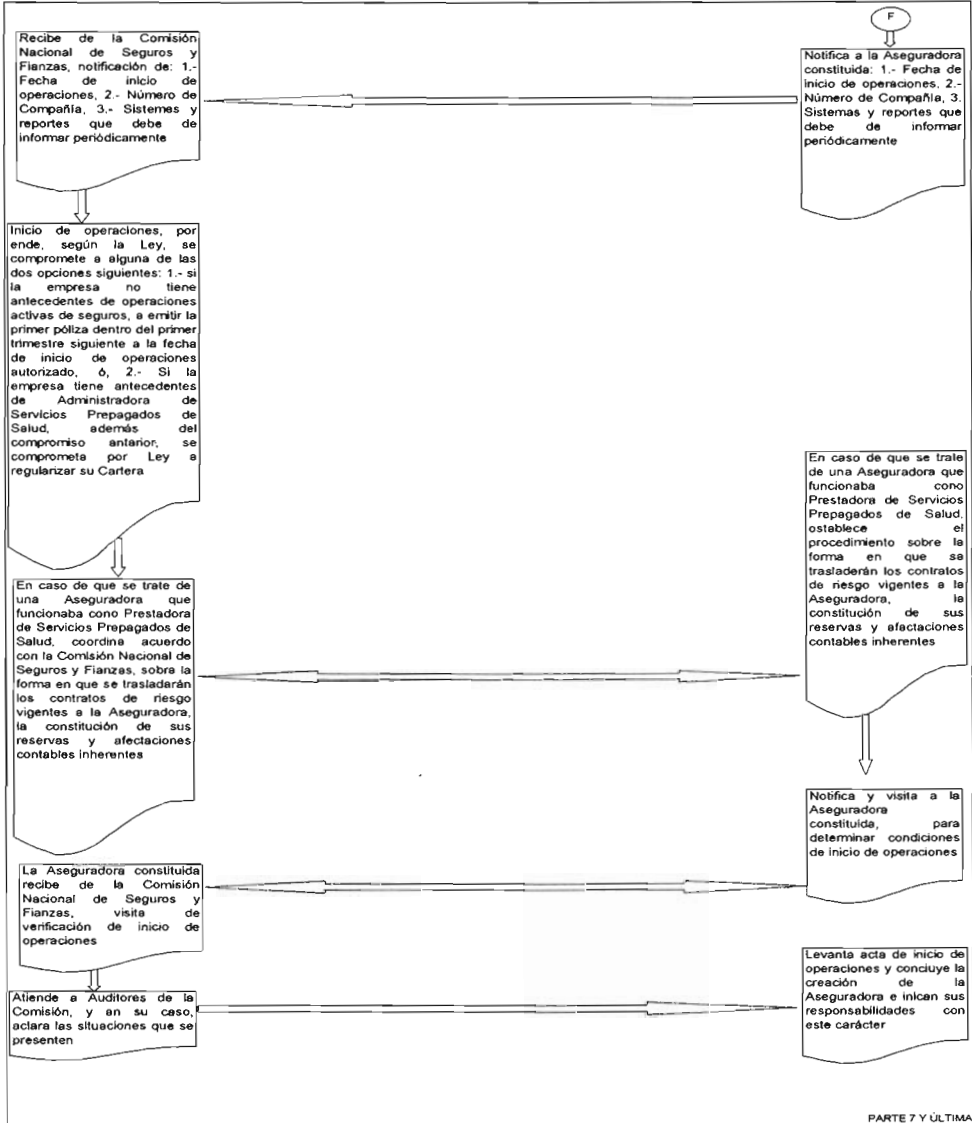
**RESUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD**



PARTE 6

**RÉSUMEN DE TRAMITES INICIALES DE REGISTRO DE LA ASEGURADORA ESPECIALIZADA EN SEGUROS DE SALUD**

EMPRESA	SHyCP	NACIONAL FINANCIERA	SECRETARÍA DE SALUD	COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS
---------	-------	---------------------	---------------------	--



PARTE 7 y ÚLTIMA



## REGLAS PARA LA OPERACIÓN DEL RAMO DE SALUD

El quince de mayo del año dos mil, se publicó en el Diario Oficial de la Federación las Reglas de operación indicadas, y en ellas se describe al ramo de salud como la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado y se precisa que aun cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propios será considerada como una operación activa de seguros, por lo que su práctica sólo puede autorizarse a instituciones de seguros, a las que adicionalmente se les puede facultar a manejar el ramo de gastos médicos.

En esta legislación, se especifica que la Secretaría de Salud está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud; asimismo para emitir los dictámenes (provisional, definitivo y anual) a través de los cuales se hará constar que la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer estándares de calidad en materia de salud.

Junto con el dictamen provisional emitido por la Secretaría de Salud, se podrá solicitar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la autorización para operar, como Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, anexando a la solicitud específica, los documentos necesarios que garanticen la viabilidad financiera.

Las Reglas disponen que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con las mismas, para lo cual podrá solicitar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud.

El funcionamiento y operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, se regirá fundamentalmente por lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Ley sobre el Contrato de Seguro, así como en las Reglas en comento y a las disposiciones que en lo conducente, hacen referencia a la Ley General de Salud y a las Normas Oficiales Mexicanas en Salud, estas últimas las deberán observar las instituciones cuando presten sus servicios con recursos propios y cuando las realicen a través de contratos celebrados con terceros, éstos tendrán que cumplir con la Norma Oficial Mexicana aplicable.

Se establece en las Reglas de Operación que para dar inicio a sus operaciones, la institución deberá contar con:

1. Un dictamen favorable de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como resultado de la visita de inspección que le practique para evaluar que cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como
2. Con la ratificación por parte de la Secretaría de Salud del nombramiento del Contralor Médico.
3. Las ISES deberán contar con un Capital Mínimo Pagado, cuyo monto expresado en UDIS, lo da a conocer esta Secretaría de Hacienda y Crédito Público durante el primer trimestre de cada año. En el Diario Oficial de la Federación del año 2000, se publicó el Acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de accidentes y enfermedades en alguno o algunos de sus ramos 1'704,243 UDIS. La ISES, podrá considerar como parte de su Capital Mínimo Pagado el importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de la Institución, y podrá computarse en forma conjunta hasta el 60% del capital mínimo pagado. En el caso de la constitución de una nueva aseguradora en el ramo de salud el capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado en la fecha en que esta Secretaría otorgue la autorización correspondiente.
4. Conforme a las Reglas los asegurados podrán acceder a planes de salud que comprendan servicios ofrecidos por redes médicas y hospitalarias, propias o contratadas, donde se dará seguimiento a su salud tanto en aspectos preventivos como curativos, con esquemas de referencia y contrarreferencia cuya oportunidad permitirá dar énfasis al mantenimiento de la salud.
5. Las Reglas señalan los criterios generales sobre los cuales las instituciones deberán cumplir satisfactoriamente en materia médica para poder obtener los dictámenes, para lo cual, además, la Secretaría de Salud establecerá, con base en estos criterios, los requisitos específicos mediante disposiciones de carácter general.
6. En las Reglas se destacan como derechos de los pacientes, entre otros: acceso expedito a los servicios; un trato respetuoso tanto en los servicios, como a su privacidad; decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de

seguro; comunicación en todo momento con su familia; seguridad personal durante su atención tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias; a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que lo atienden y el responsable del equipo; a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas.

7. En beneficio de los asegurados, se establece además, que las instituciones mantendrán en forma permanente la adecuada atención médica, mediante la instrumentación de los programas siguientes:
  - a. Control de la utilización de los servicios médicos en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos, y
  - b. Mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención, el fomento a la enseñanza y la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de las instituciones
8. Independientemente de que las mismas reglas establecen que en cuanto a la normatividad se estará a lo dispuesto en la legislación vigente, en forma específica se establecen las referencias legales en materia de:
  - a. Requisitos de Autorización
  - b. Capital Mínimo Pagado
  - c. De los Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual
  - d. Del Contralor Médico
  - e. De los Expedientes Clínicos
  - f. Del Control de la Utilización de los Servicios Médicos
  - g. De la Mejora Continua en la Prestación del Servicio
  - h. De las Reservas Técnicas
  - i. Del Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual
  - j. Del Reaseguro
  - k. Del Capital Mínimo de Garantía
  - l. Del Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas
  - m. De la Contabilidad
  - n. De los Sistemas Estadísticos
  - o. De la Operación y Comercialización de los Seguros de Salud
  - p. De las Sanciones

## **Capítulo II. La Planeación Estratégica.**

A fin de cumplimentar lo dispuesto en el plan de actividades, que ordena la ley, para el establecimiento de una I.S.E.S., se concibe su planeación estratégica-operacional.

En la aplicación concreta de este tipo de planeación, se tuvo como finalidad básica, el establecimiento de guías generales de acción de la misma, concibiéndose como el proceso consistente en decidir sobre los objetivos de la organización, sobre los recursos que serán utilizados, y sobre las políticas generales que orientarán la adquisición y administración de tales recursos, considerando a la empresa como una entidad total e integral.

En este sentido, la planeación estratégica se constituyó en la fuente u origen para los planes específicos subsecuentes, y fue dirigida y ejecutada por los accionistas jerárquicamente a cargo de la dirección de la empresa, estableciendo un marco de referencia general y específica para toda la organización.

Parte de los lineamientos sugeridos por la planeación estratégica se refieren a las cuestiones estratégicas y tácticas concernientes a cada una de las principales áreas de actividad de la Institución Aseguradora a crear, y al empleo más efectivo de los recursos que se han aplicado para el logro de los objetivos específicos.

En consecuencia, se atacaron estas dos cuestiones fundamentales: la planeación estratégica de toda la empresa, y la planeación táctica, relativa a cada área integrante, a los productos y a la imagen empresarial requerida.

Como algunas características principales de la planeación táctica, se establecen las siguientes:

- Una orientación de las áreas a crear, y de los productos producidos por la planeación estratégica.
- Conducida y ejecutada por los ejecutivos de nivel medio, cuidadosamente seleccionados por los propios accionistas.
- Se refirió a cada una de las áreas específicas de actividad de las que constaría la empresa.
- En el caso de que la Aseguradora cuente con un historial de operaciones como Administradora de Servicios Prepagados de Salud, después de depurar toda la información, métodos y procedimientos, seleccionar aquellos que permitan apoyar la creación de la Aseguradora. En otro caso fundamentar con información externa disponible.

- Buscando invariablemente el lograr parámetros e indicadores principalmente correlacionados con la efectividad y eficiencia tanto de las decisiones de los mandos superiores, como de los mandos medios.

Con base en lo anteriormente descrito, se planteó crear una Planeación Operativa, básicamente referida a la asignación de las tareas específicas que deben realizar las personas en cada una de sus unidades de operación, vigilando celosamente que las características más sobresalientes de dicha planeación operacional fueren:

- Darse dentro de los lineamientos sugeridos por la planeación estratégica y táctica.
- Conducida y ejecutada directamente por los jefes de menor rango jerárquico, en concordancia y coordinación estrecha con la dirección y discrecionalidad de los mandos jerárquicamente superiores.
- Actividades normalmente programables, mismas que seguirían procedimientos y reglas definidas con toda precisión.

En este sentido, la Planeación Operativa, contempló el establecimiento de: Definición de la Estructura Organizacional, Organigrama Jerárquico, Programas, Presupuestos, Procedimientos, Pronósticos, Estrategias, y dentro de dicha Planeación se elaboraron e instrumentaron: Manuales de de operación, mismos que incluyeron para cada área, sus Objetivos y Políticas, Gráficas de Proceso y de flujo, Gráfica de Gantt, Técnicas de Trayectoria Crítica, Tipos de planes. Etcétera.

## **II.1. La Estructura Organizacional.**

En la fracción VII Bis-4 del artículo 29 de de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se establece que "La institución de seguros de que se trate, deberá verificar, según corresponda, que las personas que sean designadas como consejeros, comisarios, contralor normativo, director general o su equivalente, y funcionarios con las dos jerarquías inmediatas inferiores a las de este último, cumplan, con anterioridad al inicio de sus gestiones con los requisitos señalados en el artículo 32, así como en las fracciones VII Bis"(Los nombramientos de consejeros y contralor normativo de las instituciones de seguros se sujetarán a lo siguiente: 1.- Deberán recaer en personas con calidad técnica, honorabilidad, historial crediticio satisfactorio, así como con amplios conocimientos y experiencia en materia financiera, legal o administrativa;.....), "VII Bis 1"(VII Bis-1.- El nombramiento de director general de la institución de seguros o su equivalente, deberá recaer en persona que cuente con elegibilidad crediticia y honorabilidad, y que además,.....), .....

“La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mediante disposiciones de carácter general, establecerá las normas que deben observar las instituciones para verificar el cumplimiento de los respectivos requisitos, así como los criterios mediante los cuales se deberán integrar los expedientes que acrediten el cumplimiento de lo previsto en esta fracción.”

Con el fin de instrumentar lo dispuesto en el ordenamiento invocado, así como en la Circular S-21.5, de fecha mayo 22, del 2002, en la que se dan a conocer a las Instituciones de Seguros las disposiciones para la integración de expedientes que contengan la información que acredite el cumplimiento de los requisitos que deberán satisfacerse en los nombramientos de consejeros, comisarios, funcionarios y contralores normativos, debe proceder a integrarse y vigilar el control organizacional interno de los expedientes del personal mencionado; el prototipo de dicho expediente puede ser del orden siguiente:

**EXPEDIENTE DE : <PROTOTIPO>  
PUESTO:< DE CONSEJEROS, COMISARIOS,  
FUNCIONARIOS Y CONTRALORES NORMATIVOS>**

**CONTENIDO**

- I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA:
  - IDENTIDAD, DOMICILIO, ACTA DE NACIMIENTO, ESTADO CIVIL, RFC, CURP, NACIONALIDAD O CALIDAD MIGRATORIA.
- II. CALIDAD O CAPACIDAD TÉCNICA:
  - CONSTANCIAS, TÍTULOS, CERTIFICADOS O DOCUMENTO EN EL QUE CONSTE EL RECONOCIMIENTO DE LA CALIDAD O CAPACIDAD – DOCUMENTO EXPEDIDO POR ASOCIACIÓN O COLEGIOS- EN SU CASO OPINIÓN RAZONADA EN LA QUE SE SEÑALE LA FORMA EN QUE SE CERCIORÓ LA CALIDAD O CAPACIDAD TÉCNICA
- III. HONORABILIDAD:
  - CARTAS DE RECOMENDACIÓN EXPEDIDAS POR PERSONAS FÍSICAS O MORALES, CARTA DE NO CONDENA Y DE NO INHABILITACIÓN O SUSPENSIÓN ADMINISTRATIVA O PENAL.
- IV. HISTORIAL CREDITICIO
  - INFORME PROPORCIONADO POR SOCIEDAD DE INFORMACIÓN CREDITICIA CON ANTECEDENTES DE AL MENOS 5 AÑOS.
  - POLÍTICAS DE EVALUACIÓN DE SITUACIÓN CREDITICA (CALIFICACIÓN DEL CRITERIO DE VALORACIÓN DEL HISTORIAL PARTICULAR), INFORMACIÓN ADICIONAL VALORADA, SUPUESTO PARA OTORGAR EL PUESTO.
- V. EXPERIENCIA EN MATERIA FINANCIERA, LEGAL O ADMINISTRATIVA Y, EN SU CASO PRESTIGIO PROFESIONAL, ETC.
  - CURRÍCULUM EN DONDE SE MUESTRE DESEMPEÑO EN CUANDO MENOS CINCO AÑOS ANTES A LA DESIGNACIÓN DEL PUESTO.
- VI. RESTRICCIONES PARA DESEMPEÑAR LA FUNCIÓN QUE LE ENCOMENDARÁ:
  - CARTAS SUSCRITAS BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DE LO CONSTADO EN PUNTOS ANTERIORES Y QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE INDEPENDENCIA, NO RELACION LABORAL, PROFESIONAL O DE NEGOCIOS CON LOS AUDITORES EXTERNOS, Y NO DESEMPEÑO EN ENTIDADES FINANCIERAS, NI PARTICIPACIÓN DIRECTA O INDIRECTA CON CAPITAL DE LA INSTITUCIÓN.
- VII. INFORME ENTREGADO A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, (C.N.S.F.).
- VIII. OBSERVACIONES DE LA C.N.S.F.

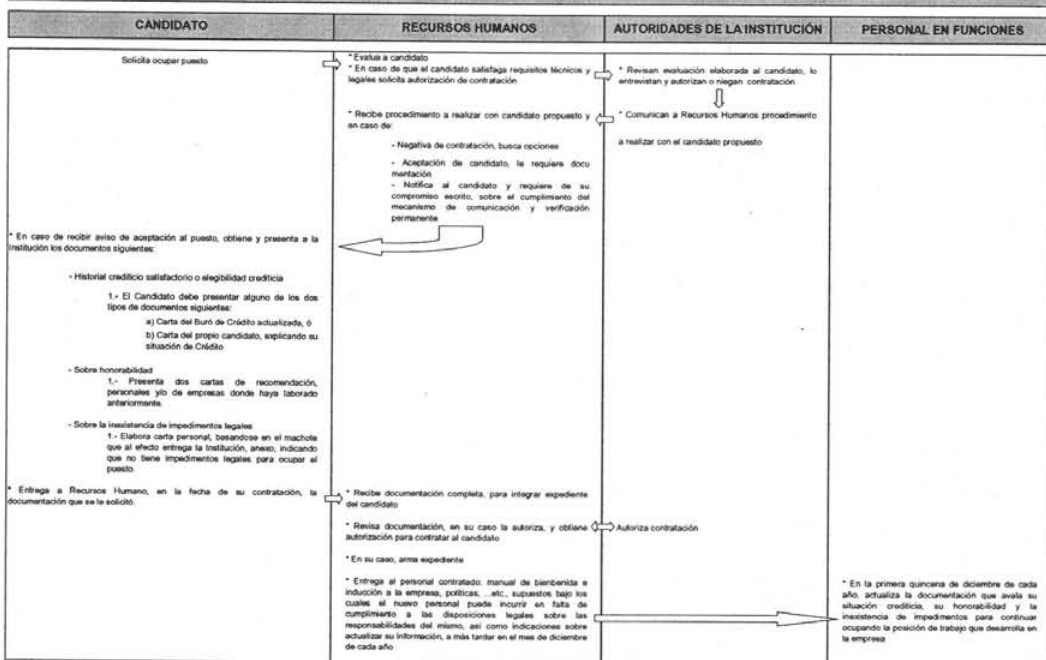
Adicionalmente, y de conformidad con lo establecido en la cláusula octava de la circular 21.5 mencionada, las Instituciones deberán establecer mecanismos de comunicación con las personas que designen que les permitan verificar, cuando

menos una vez al año, el cumplimiento de los requisitos relativos a historial crediticio satisfactorio o elegibilidad crediticia y de honorabilidad, así como la inexistencia de impedimentos legales para que sus consejeros, comisarios, contralor normativo, director general o su equivalente y de funcionarios que ocupen cargos con las dos jerarquías inmediatas inferiores a las de este último, puedan continuar en el desempeño de las funciones para las cuales hayan sido nombrados.

Y dado que es obligación de las Instituciones el informar a las personas que designen para ejercer algún empleo, cargo o comisión, los supuestos bajo los cuales podrían incurrir en la falta de cumplimiento a los requisitos o, en su caso, actualizar alguna de las restricciones o incompatibilidades que les impidan continuar en el desempeño de la función encomendada.

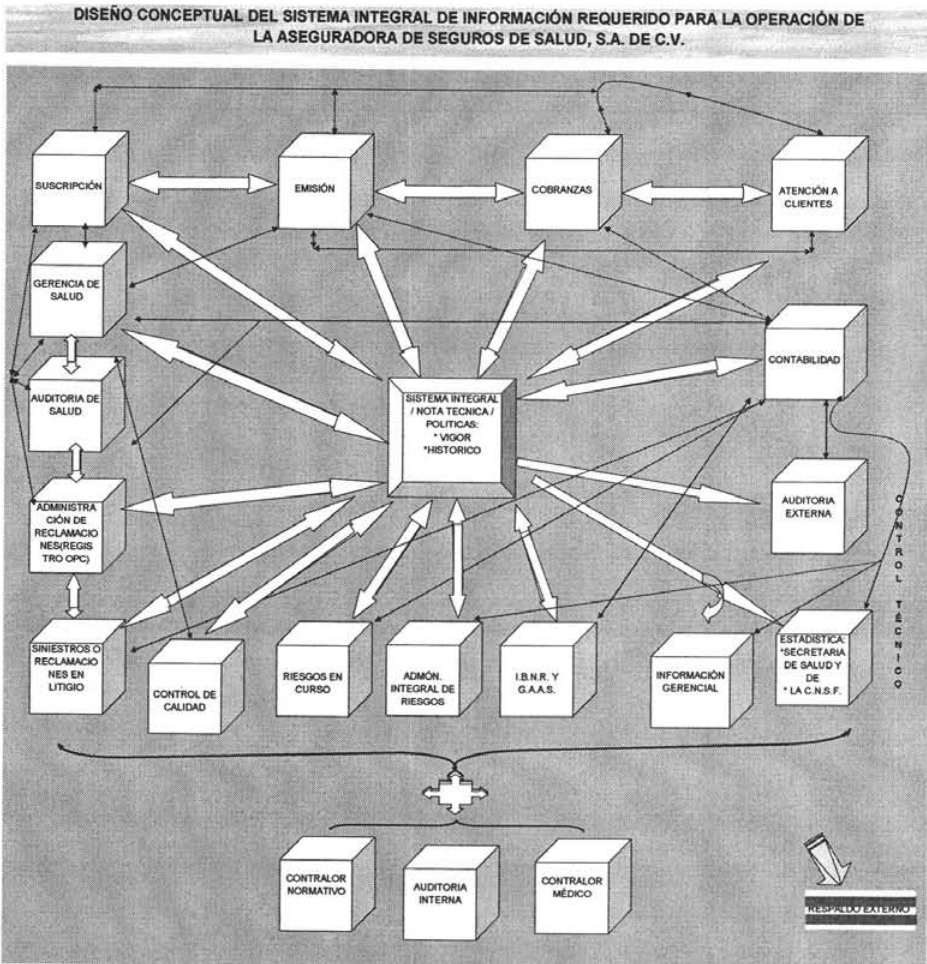
En consecuencia con lo indicado, dicho mecanismo de control de comunicación con cada funcionario, puede ser elaborado conforme al esquema siguiente:

MECANISMOS DE COMUNICACIÓN ENTRE LA ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V., Y LOS CONSEJEROS, COMISARIOS, CONTRALOR NORMATIVO, DIRECTOR GENERAL O SU EQUIVALENTE Y LOS FUNCIONARIOS QUE OCUPAN CARGOS EN LAS DOS JERARQUÍAS INMEDIATAS INFERIORES A LAS DE ESTE ÚLTIMO, A EFECTO DE VERIFICAR, CUANDO MENOS UNA VEZ AL AÑO, EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS RELATIVOS A HISTORIAL CREDITICIO SATISFACTORIO O ELEGIBILIDAD CREDITICIA Y DE HONORABILIDAD, ASÍ COMO LA INEXISTENCIA DE IMPEDIMENTOS LEGALES PARA QUE PUEDAN CONTINUAR EN EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES PARA LAS CUALES FUERON NOMBRADOS



Con el fin de visualizar las áreas que necesariamente integrarían la Aseguradora, se elaboró un diseño conceptual de la gestión operativa sistémica de las relaciones y tipo de las mismas, que deberían crearse, y a partir de ésta generar una primera estructura jerárquica de la Aseguradora.

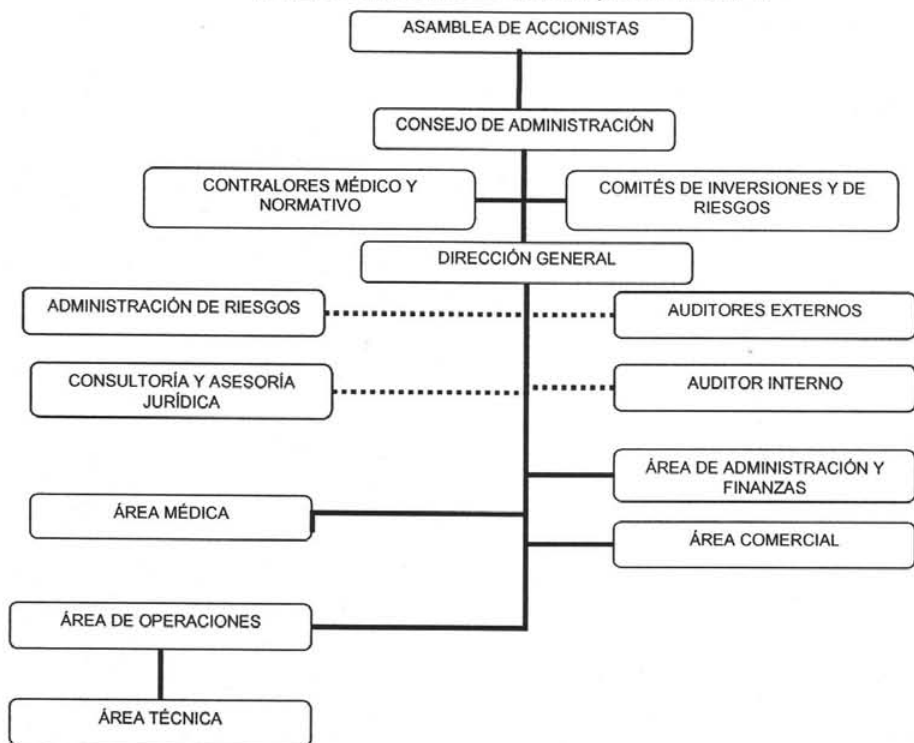
En este sentido, el diseño conceptual en comento, se muestra a continuación:





Del diagrama anterior, se puede concebir cualquier tipo de estructura orgánica y a todos los niveles imaginables, sin embargo, la estructura mínima requerida por la ley, se muestra a continuación:

### ESTRUCTURA JERARQUICA DE LA ASEGURADORA DE SALUD, S. A. DE C. V.



Para elaborar, controlar y dar seguimiento al plan de acción en cada una de las diferentes fases y áreas de desarrollo, se puede utilizar la aplicación Microsoft Project, siendo un ejemplo el elaborado para el "PLAN DE TRABAJO PARA OBTENER LA CONCESIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OPERAR COMO I.S.E.S. (REQUERIMIENTOS DE SSA, SHyCP Y DE C.N.S.F.)", mismo que se muestra a continuación:

PLAN DE TRABAJO PARA OBTENER LA CONCESIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA OPERAR COMO I.S.E.B.  
(REQUERIMIENTOS DE SGA, S.M.C.P. Y DE C.N.S.F.)

Nº	Actividad	Inicio	Fin	Responsable	2º trimestre	3er trimestre
1	Actividad	Inicio	Fin	Responsable	1º bimestre	2º bimestre
1	Nombre de área	24 días	12/02/01	15/03/01		
2	1.1	1 día	12/02/01	12/02/01		
3	1.2	1 día	12/02/01	12/02/01		
4	1.3	1 día	12/02/01	12/02/01		
5	1.4	1 día	12/02/01	12/02/01		
6	1.5	1 día	12/02/01	12/02/01		
7	1.6	1 día	12/02/01	12/02/01		
8	1.7	24 días	12/02/01	15/03/01		
9	1.8	1 día	12/02/01	12/02/01		
10	1.9	1 día	12/02/01	12/02/01		
11	1.10	1 día	12/02/01	12/02/01		
12	1.11	1 día	12/02/01	12/02/01		
13	1.12	26 días	12/02/01	15/03/01		

Proyecto: Plan para obtener I.S.E.B. Fecha: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Progreso: \_\_\_\_\_

Hito: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Trabajo reprogramado: \_\_\_\_\_

Hito reprogramado: \_\_\_\_\_

Progreso reprogramado: \_\_\_\_\_

Resultado reprogramado: \_\_\_\_\_

Revisión del proyecto: \_\_\_\_\_

Defecto: \_\_\_\_\_

Defecto reprogramado: \_\_\_\_\_

Página 1 de 1

## II.2. Áreas y Responsabilidades.

Indudablemente que cada una de las diferentes áreas que deben conformar la Aseguradora tienen funciones sustantivas e imprescindibles de desarrollar para el óptimo funcionamiento de la Aseguradora, en este sentido, en cada una de las diferentes áreas detalladas en el organigrama jerárquico se abre para crea las áreas de: Recursos Humanos; Suscripción, Comercial, Emisión Cobranzas; Contabilidad; Finanzas; Salud; Auditoría de Salud; Reclamaciones; Servicio Telefónico a Clientes; Calidad (Atención a Quejas y Reclamaciones); Sistemas; Actuaría y Nuevos Productos; Reaseguro; Administración de Riesgos, etc.

Adicionalmente, también deben crearse los Comités de: Finanzas e inversiones, de Riesgos; de Comunicación y Control, y dotar de las facilidades que requieran los Contralores Normativo y Médico.

Algunas de estas áreas se crearon en forma específica y otras se agruparon a efecto de establecer una estructura jerárquica no piramidal.

Dada la diversidad de áreas sustantivas y operativas que deben crearse, y en consecuencia normar, debe establecerse una estandarización en la metodología específica que se utilizará para la documentación de sus normas y procedimientos y verse en el manual correspondiente a efecto de que una vez compilado lo de cada área se obtengan todos los manuales que deben presentarse a la autoridad.

Respecto de las políticas, éstas se definieron bajo el esquema de un Manual de Políticas y procedimientos instaurado en cada una de las áreas operacionales que se crearon, con la particularidad de que estos manuales debían ser iconográficos, y contemplar dentro de su estructura los elementos siguientes: **a)** Especificación de las Políticas Generales del área, mismas que deben enmarcarse con las políticas generales de la empresa, **b)** Las políticas operacionales propiamente del área, y en las cuales se especifican en forma precisa y concreta la responsabilidad operativa del área y que hacer en caso de dudas u omisiones, **c)** La Descripción de cada uno de los puestos que integran el área de que se trate, indicando el nombre del mismo, de quien depende, por quien es supervisado y en su caso a quién supervisa, las áreas internas y externas con quienes se relaciona, que funciones generales y específicas a su cargo, así mismo se deben detallar los productos que genera, su periodicidad y a quién suministra la misma, y por último, **d)** una descripción iconográfica detallada del que y como desarrolla su responsabilidad operativa, recomendable es que se incluya un diagrama general de la función atendida.



**POLITICAS GENERALES**

1. Las políticas aquí establecidas regirán el funcionamiento y operación del área de Auditoría.
2. Toda modificación a las presentes políticas sólo podrán ser aplicada previa autorización expresa y escrita de la Dirección General.
3. A esta área se canalizarán, todo requerimiento solicitados por los Prestadores de Servicios, y usuarios, relacionados directamente con la Red.
4. En el mes de noviembre de cada año, se deberá elaborar el programa de trabajo del año siguiente, incluyendo la elaboración del presupuesto operacional correspondiente.
5. Las actividades de detección de necesidades de la Red, es responsabilidad directa y exclusiva de esta área.
6. Toda interacción realizada por el personal de esta área deberá ser registrada en el Subsistema de Información correspondiente.
7. La elaboración de estadísticas y controles de seguimiento, deberán ser cuando menos mensuales.
8. Independientemente de la forma en que se inicie la comunicación con los usuarios de la Red, dicha comunicación deberá ser confirmada por escrito vía fax, correo electrónico o escrito libre, o bien mediante el formato específico de "Evaluación de la Calidad de la Red" y en caso de tratarse de alguna queja del usuario, se deberá turnar al área de Comunicaciones.
9. Considerando que la actualización de la Red es vital para el funcionamiento óptimo de los servicios que proporciona la empresa, dicha actualización deberá ser efectuada diariamente. Es responsabilidad de esta área el elaborar toda la documentación que requiera el desempeño de sus funciones.
10. Semanalmente se deberá elaborar un análisis y control estadístico de la calidad del servicio proporcionado a los usuarios en los consultorios así como de las quejas y sugerencias reportadas por los clientes, anexando en su caso, un estudio de factibilidad completo.

**FECHA DE  
ELABORACIÓN**

**FECHA ULTIMA  
ACTUALIZACIÓN**

**ELABORADO POR**

**NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN**

**MANUAL DE POLITICAS Y  
PROCEDIMIENTOS**

**AREA : ÁREA DE SALUD  
PUESTO : AUDITORIA DE SALUD**

**POLITICAS GENERALES**

11.- En caso de detectarse alguna anomalía en los servicios proporcionados a los usuarios, inmediatamente se deberá notificar en primera instancia al responsable del área y, si el caso lo amerita, al Director General de la Compañía.

12.- Toda anomalía detectada, deberá documentarse tanto desde el punto de vista médico, como testimoniales, éstas últimas deberán ser firmadas por el Usuario y todo aquel elemento que coadyuve a mostrar el hecho, de una manera fehaciente.

**FECHA DE  
ELABORACIÓN**

**FECHA ULTIMA  
ACTUALIZACIÓN**

**ELABORADO POR**

**NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN**

**MANUAL DE POLITICAS Y  
PROCEDIMIENTOS**

**AREA : AREA DE SALUD  
PUESTO : AUDITORIA DE SALUD**

**POLÍTICAS OPERACIONALES**

1. Es responsabilidad de esta área el elaborar toda la documentación que requiera el desempeño de sus funciones, en caso de ser necesario generar formatos específicos y estos deben ser sancionados por el Área Técnica y deben llevar la estandarización de la Imagen Empresarial que a la fecha se utilice.
2. En caso de detectarse alguna anomalía en las funciones operativas, inmediatamente se deberá notificar en primera instancia al Área Técnica y, si el caso lo amerita, al Director de la Compañía.
3. La actualización de los registros de Asegurados, Pólizas, Coberturas y correcciones a datos generales del detalle de la cartera, deberán realizarse a través del área de emisión.
4. Al cierre de cada día laboral, se deberá consolidar la base de datos de Auditoría: Tramitados, Autorizados, Pendientes de auditoría, modificaciones solicitadas a Emisión.
5. Semanalmente se deberá elaborar un análisis y control estadístico de la oportunidad del servicio proporcionado.
6. En el mes de noviembre de cada año, se deberá elaborar el presupuesto de gasto del año siguiente.
7. La elaboración de estadísticas y controles de seguimiento deberán ser, cuando menos, mensualmente.
8. Toda aclaración que se requiera realizar, deberá ser hecha a través del Auditor correspondiente.
9. Es responsabilidad de esta área armar el expediente de cada movimiento realizado.
10. Es responsabilidad de esta área el estructurar y controlar el archivo activo y archivo "muerto" de Auditoría.
11. Es responsabilidad de esta área el Registro Contable de Auditoría por Producto y por Coberturas de los mismos.

FECHA DE  
ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA  
ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

I. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL  
PUESTO

A QUIÉN REPORTA

A QUIÉN SUPERVISA

OBJETIVO DEL  
PUESTO

RELACIONES DE  
COMUNICACIÓN:

• INTERNA

• EXTERNA

• Líder de Proyecto

• Gerente de Salud

• No tiene Subordinados

• Proporcionar elementos de juicio cuantitativos, sobre la calidad del servicio que proporciona la Red. Solucionando o facilitando la solución de las quejas, reclamaciones y sugerencias emanadas del usuario o profesional de los servicios de salud que corresponda.

• Responsables de área y Líderes de Proyecto

• Asegurados, Agentes y Corredores de Seguros, Aseguradoras, Prestadores de Servicio.

II. FUNCIONES GENÉRICAS

1.- Administrar la Red, de conformidad con los métodos y procedimientos establecidos.

2.- Elaborar los estudios técnicos necesarios para ampliar la cobertura de la Red.

3.- Optimizar el sistema del Servicio de Emergencia.

4.- Apoyar a la Gerencia en el logro de los objetivos y metas establecidas.

5.- Coordinarse con otras áreas respecto de las incidencias detectadas en la operación de los sistemas de automatizados.

FECHA DE  
ELABORACIÓN

FECHA ÚLTIMA  
ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE  
AUTORIZACIÓN



DESCRIPCIÓN DE PUESTOS

III. FUNCIONES  
ESPECÍFICAS

- 1.- Elaborar encuestas de servicio, que permitan detectar anomalías tanto en materiales con en la forma en que se presta el servicio humano de los propios prestadores de Servicio, como de su personal que lo proporciona.
- 2.- Definir las políticas de la Red.
- 3.- Proporcionar atención a los Asegurados.
- 4.- Controlar la calidad y calidez de los servicios incluidos en las coberturas médico-odontológicas.
- 5.- Elaborar y dar seguimiento a los indicadores de satisfacción en el servicio de la Red.

IV. INFORMACIÓN QUE  
GENERA Y/O PROPORCIONA

CONSECUTIVO	INFORME O REPORTE	PERIODICIDAD	RECEPTOR DEL REPORTE
1	CONTROL DE CONTACTOS	SEMANAL	RESPONSABLE DEL ÁREA
2	INFORME DE NUEVOS PRESTADORES DE SERVICIO	SEMANAL	RESPONSABLE DEL ÁREA
3	NEGATIVAS O IMPROCEDENCIAS DE PARTICIPACIÓN	EN LA FECHA DE OCURRENCIA	DIRECCIÓN
4	PROGRAMA ANUAL DE TRABAJO	ANUAL	DIRECCIÓN
5	PRESUPUESTO DE OPERACIÓN ANUAL	ANUAL	DIRECCIÓN
6	CONSTANCIA DE ADEUDO O DE NO ADEUDO DE PRESTADOR DE SERVICIOS	SEMANAL Y EN FECHA DE OCURRENCIA	RESPONSABLE DEL ÁREA Y DIRECCIÓN
7	REPORTE DE RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN TIPIFICADA	SEMANAL	RESPONSABLE DEL ÁREA Y DIRECCIÓN
8	REPORTE DE CALIDAD EN EL SERVICIO	MENSUAL	RESPONSABLE DEL ÁREA Y DIRECCIÓN
9	PRESTADORES DE SERVICIO FUERA DE NORMA	MENSUAL	RESPONSABLE DEL ÁREA Y DIRECCIÓN

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

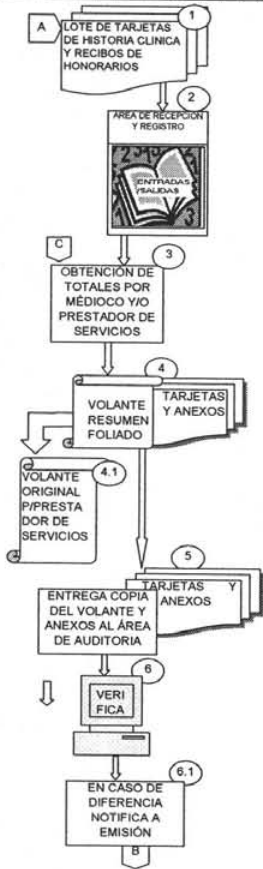
ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: AUDITORIA DE SALUD



1.- Los Prestadores de Servicio de la Red entregan o envían en lotes, a oficinas centrales de la Aseguradora, las tarjetas de historia Clínica, así como las facturas de los servicios que en su caso se hayan proporcionado correspondientes a los Asegurados a los que les proporcionó servicio, a efectos de tramitar el cobro del servicio proporcionado.

2.-Se recibe el lote de tarjetas y anexos, se registra en el expediente de documentos de entrada, anotando: la fecha de recepción y el nombre del prestador de servicios que envía los documentos.

3.-Contar el número de tarjetas recibidas en cada lote, y se verifica el número de anexos recibidos.

4.-Registra en el volante, foliado, de resumen del lote: la fecha de recepción, el número de tarjetas y anexos recibidos, el nombre del Prestador de Servicios de que se trate, el número del recibo de honorarios al cobro y firma de recibido la persona encargada de este procedimiento.

4.1.-Entrega al Prestador de Servicios el original del volante resumen prefoliado.

5.-Auditoria recibe copia del volante resumen del lote recibido y sus anexos.

6.-Auditoria de Salud, verifica en el Sistema automatizado de administración de la cartera, si:

- a) los Asegurados que se atendieron estaban vigentes a la fecha de solicitar y/o recibir los servicios.
- b) los datos asentados en la ficha corresponden a cada una de las autorizaciones otorgadas al prestador de servicios de que se trate.
- c) lo solicitado al cobro se encuentra amparado en las coberturas contratadas.
- d) al sumar los montos individuales se obtiene el total requerido al pago.

6.1.-En caso de existir diferencia entre los datos generales registrados en el sistema y los anotados en la ficha, avisar a Emisión para que en su caso se proceda a la corrección o aclaración con el Cliente.

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD**

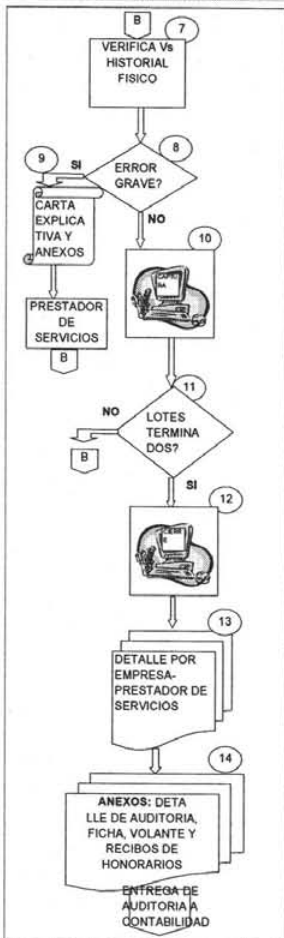
CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: AUDITORIA DE SALUD



7.- Verificar en el expediente del archivo de vigor, los antecedentes de cada una de las tarjetas recibidas en el lote en turno, a efecto de detectar duplicidad de tratamientos, vigencia de garantías, tiempos de aplicación de tratamientos y de envío de fichas, etc.,

8.-En caso de error no grave, se aclara via telefónica con el Prestador de Servicios correspondiente.

9.- En caso de error grave, se elabora carta explicativa y se regresan las tarjetas erroneas al Prestador de Servicios respectivo.

10.-Se procede a capturar detalle de cada uno de los pagos autorizados y los tratamientos y/o servicios incluidos en cada tarjeta.

11.-Revisada y capturada cada una de las tarjetas del lote bajo análisis, se procede de la misma forma con todos los lotes recibidos para ser incluidos en la auditoria en curso.

12.- Terminado el proceso de revisión y captura de todos los lotes y llegada la fecha de cierre quincenal, se procede a obtener los listados de auditoria.

13.-Se imprime en un tanto, la auditoria practicada y se entrega al responsable del área de salud, a efecto de obtener la autorización correspondiente; los listados que se imprimen son:1) REPORTE DE AUDITORIA DEL 99/99/9999 AL 99/99/9999, 2) REPORTE DE OBSERVACIONES DE AUDITORIA DEL 99/99/9999 AL 99/99/9999 y 3) REPORTE DE RECHAZOS DE AUDITORIA DEL 99/99/9999 AL 99/99/9999.

14.- Una vez autorizada la auditoria se entrega al área contable, anexandole los recibos de honorarios recibidos, para su procedimiento de pago.

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD**

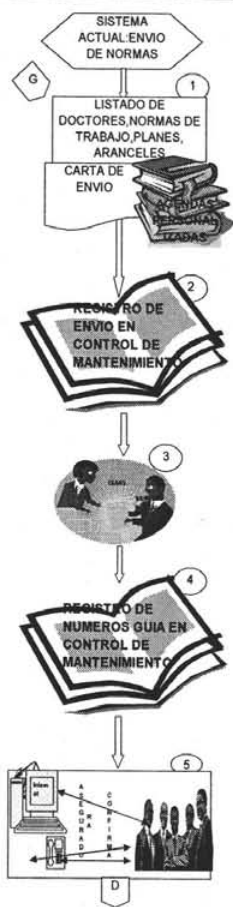
CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



I. NORMAS DE TRABAJO Y NOMENCLATURA.

I.A. MANTENIMIENTO DE SISTEMA ACTUAL.

I.A.1 ENVIO DE NORMAS.

- 1.- Distribuir por Servicio Postal certificado, a todos los Prestadores de Servicio:
- a) El "Listado de Doctores, Normas de Trabajo, Planes, Aranceles", "Año xxxx"
  - b) La agenda personalizada del año siguiente
  - c) Carta de envío

2.- Registrar en el Control de Mantenimiento al Sistema Actual, los envíos realizados.

3.- Recibir del Servicio Postal utilizado, los números guías de las certificaciones entregadas.

4.- Registrar en el Control de Mantenimiento al Sistema Actual, los números guías recibidos.

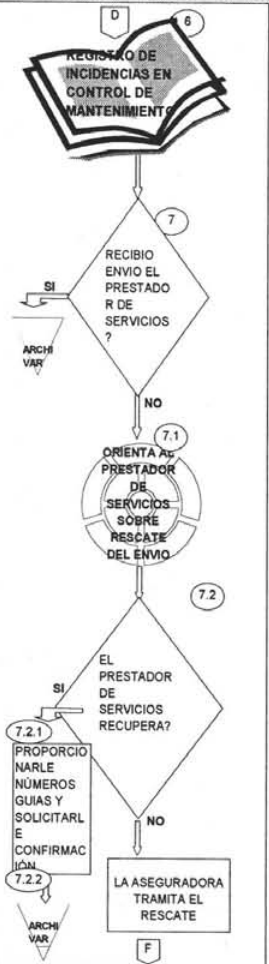
5.- Confirmar telefónicamente, o por Fax, o por Correo Electrónico que los prestadores de Servicio recibieron la documentación enviada.

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA  
ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN



6.- Registra en el Control de Mantenimiento al Sistema Actual, las incidencias encontradas.

7.- Verificar si el Prestador de Servicios Recibió el envío.

7.1.- Si no han recibido la documentación orientar sobre el rescate de los mismos con el Servicio Postal contratado.

7.2.- Checar si el Prestador de Servicios desea realizar el tramite de recuperación del envío, con el Servicio Postal.

7.2.1.- En caso afirmativo, proporcionarle números guía y establecer compromiso de parte de él, para que avise si fue exitosa la recuperación.

7.2.2.- Si no es posible que el Prestador de Servicios tramite la recuperación de la documentación enviada, Centauro hace el tramite correspondiente ante el Servicio Postal Contratado.

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



8.- Al rescatar la documentación con el Servicio Postal, se reenvía la misma al Prestador de Servicios.

8.1.- En caso de que no se llegara a recuperar la documentación enviada, se realiza un nuevo envío, sin incluir la Agenda Personalizada.

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD**

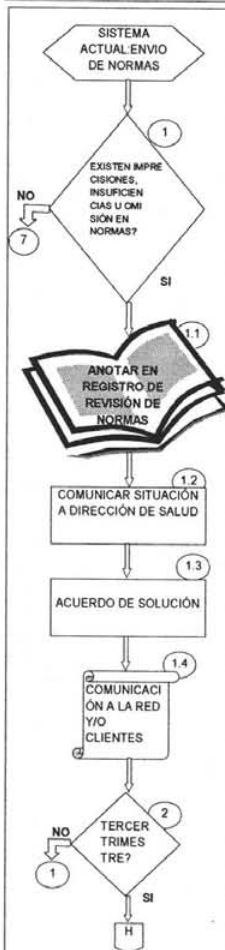
CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



**I.A.2 - REVISIÓN ANUAL DE NORMAS DE TRABAJO.**

1.- Si en el transcurso de la operación del año en curso, se llega a detectar alguna imprecisión, o insuficiencia, u omisión en las normas de trabajo, hacer:

1.1.- Se anota la observación, detallando lo más posible, en el REGISTRO DE REVISIÓN DE NORMAS.

1.2.- Se comunica al responsable del área de Salud la incidencia.

1.3.- Se acuerda solución conjuntamente con responsable del área de Salud y con Dirección General.

1.4.- Se comunica a la Red y/o Clientes la corrección a la incidencia detectada.

2.- Al llegar el tercer trimestre del año en curso, hacer.

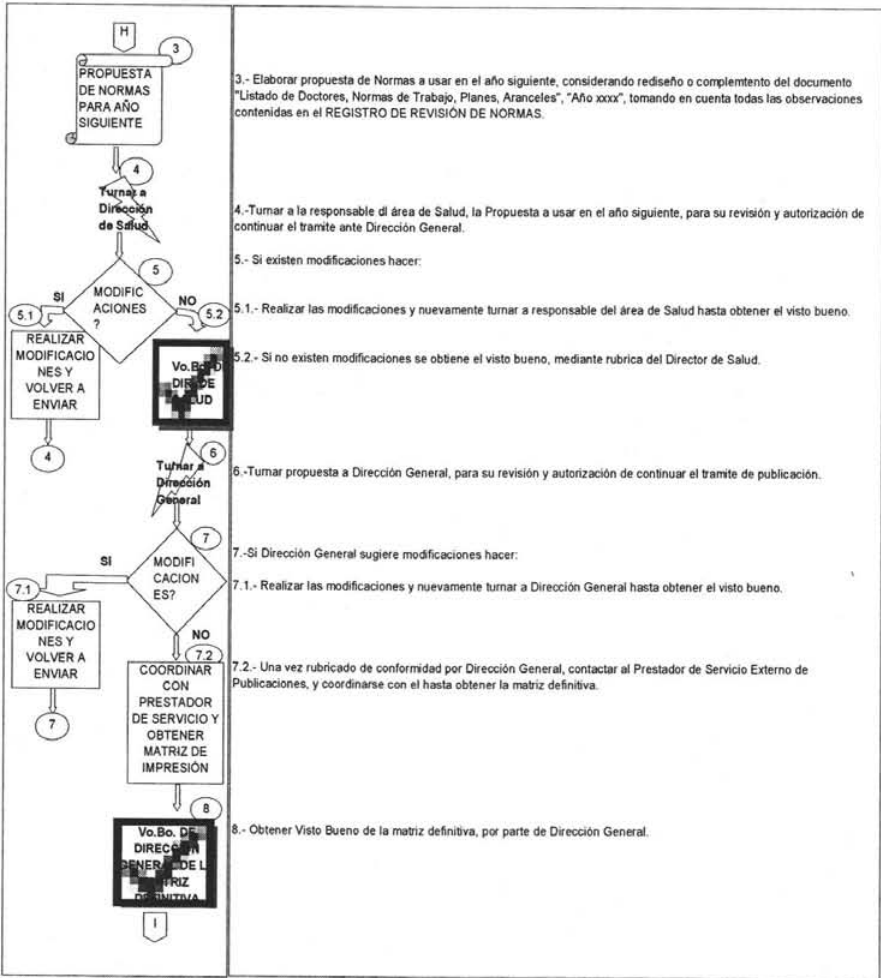
FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

<b>MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD</b>	CAPITULO: SECCIÓN :	HOJA: DE :
DIAGRAMA DE FLUJO	FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA	FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS	



- 3.- Elaborar propuesta de Normas a usar en el año siguiente, considerando rediseño o complemento del documento "Listado de Doctores, Normas de Trabajo, Planes, Aranceles", "Año xxxx", tomando en cuenta todas las observaciones contenidas en el REGISTRO DE REVISIÓN DE NORMAS.
- 4.-Turnar a la responsable di área de Salud, la Propuesta a usar en el año siguiente, para su revisión y autorización de continuar el tramite ante Dirección General.
- 5.- Si existen modificaciones hacer:
  - 5.1.- Realizar las modificaciones y nuevamente turnar a responsable del área de Salud hasta obtener el visto bueno.
  - 5.2.- Si no existen modificaciones se obtiene el visto bueno, mediante rubrica del Director de Salud.
- 6.-Turnar propuesta a Dirección General, para su revisión y autorización de continuar el tramite de publicación.
- 7.-Si Dirección General sugiere modificaciones hacer:
  - 7.1.- Realizar las modificaciones y nuevamente turnar a Dirección General hasta obtener el visto bueno.
  - 7.2.- Una vez rubricado de conformidad por Dirección General, contactar al Prestador de Servicio Externo de Publicaciones, y coordinarse con el hasta obtener la matriz definitiva.
- 8.- Obtener Visto Bueno de la matriz definitiva, por parte de Dirección General.

FECHA DE ELABORACIÓN	FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN	ELABORADO POR	NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN
----------------------	----------------------------	---------------	--------------------------------



**MANUAL DE POLITICAS Y  
PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE  
SALUD**

CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



11.- Obtener la producción del "Listado de Doctores, Normas de Trabajo, Planes, Aranceles", "Año xxxx".

12.- Preparar envío y realizarlo, de conformidad a lo establecido en SISTEMA ACTUAL ENVIO DE NORMAS(I.A.1).

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA  
ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD**

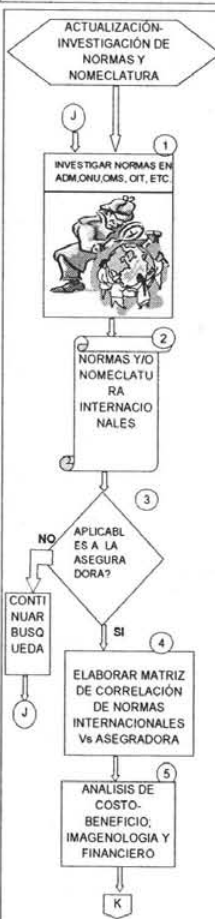
CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



**I.B. ACTUALIZACIÓN-INVESTIGACIÓN DE NORMAS Y DE NOMECLATURA.**

1 - Coordinarse con la A.M.I.S., C.N.S.F., la investigación en Asociaciones internacionales, en Internet, O.N.U., O.M.S.y en la O.I.T., la existencia de Normas y/o Procedimientos de trabajo, Nomenclaturas que en materia de Salud se usen en otros países y/o en otras Organizaciones Públicas o Privadas.

2 - Una vez localizadas Normas y/o Nomenclaturas sobre Salud vigentes a nivel Internacional, hacer:

3 - Analizar las Normas Internacionales localizadas, a efecto de clasificarlas y elaborar un diseño preliminar de una selección de Normas y Nomenclatura potencialmente aplicables a la Aseguradora.

4 - Con la selección de Normas y Nomenclatura potencialmente aplicables a la Aseguradora, elaborar Matriz de Correlación con las Normas en uso en la Empresa.

5 - Elaborar un análisis de Costo Beneficio, de los impactos en las finanzas e imagen de la Aseguradora, derivados de un posible cambio o adecuación de las Normas y Nomenclatura

FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

**MANUAL DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS**

**PROCEDIMIENTOS DEL AREA DE SALUD**

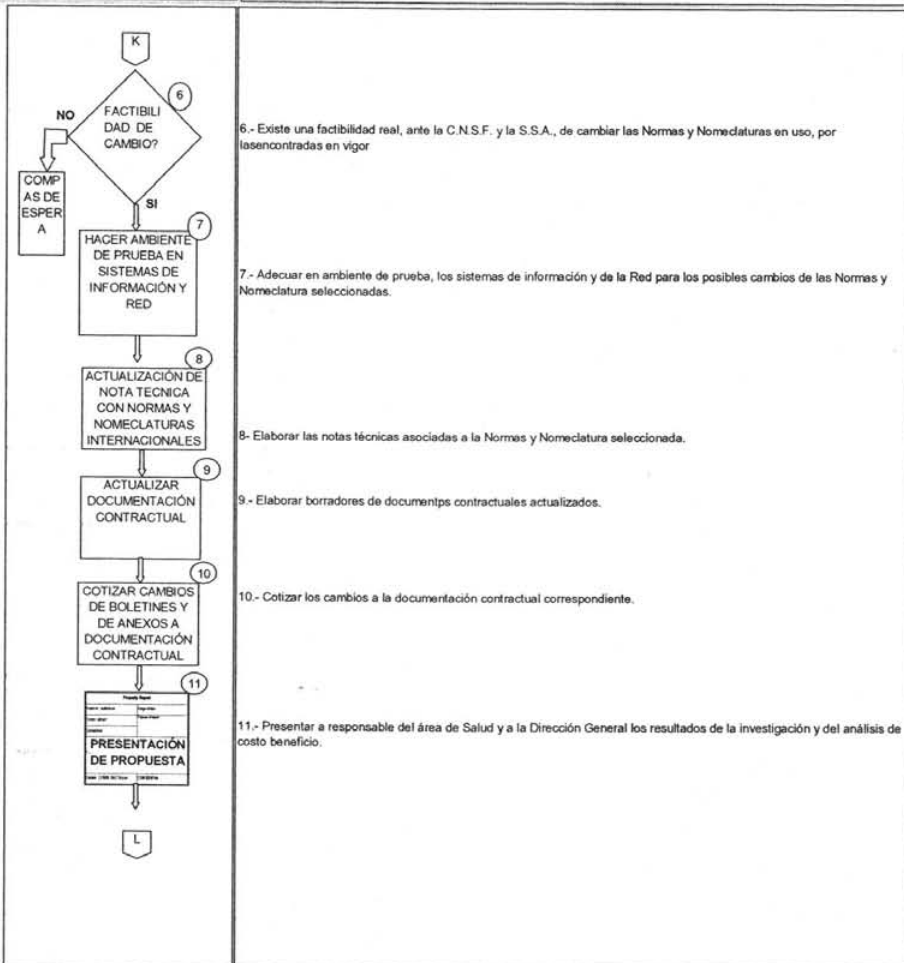
CAPITULO:  
SECCIÓN :

HOJA:  
DE :

DIAGRAMA DE FLUJO

FUNCIÓN GENERAL: AUDITORIA

FUNCIÓN ESPECIFICA: CONTROL DEL USO DE SERVICIOS



FECHA DE ELABORACIÓN

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN

ELABORADO POR

NOMBRE Y FIRMA DE AUTORIZACIÓN

### II.3. PRESUPUESTO DE OPERACIONES

A la fecha han existido diferentes situaciones para crear una Aseguradora especializada en Seguros de Salud, una de ellas corresponde al esquema de aquellos inversionistas que ya tenían una Administradora de Servicios Prepagados de Salud , otra opción corresponde a aquellos inversionistas que se presentaron sin antecedentes en los servicios de Administradoras, o bien con antecedentes en la operación de seguros de cualquier tipo de seguros, en particular de Accidentes y enfermedades o bien que no tienen presencia en México o al menos en el Sector seguros.

En cualquiera de los casos, se recomienda desarrollar un estudio de factibilidad que incluya un estudio del mercado asegurador, los aspectos técnicos y financiero del proyecto de inversión, mostrando la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados, considerando los aspectos básicos siguientes:

1. Respecto del estudio de mercado, éste permitirá conocer la magnitud y las tendencias del mercado existente, a efecto de proyectar los ingresos esperados, definir el o los productos a comercializar, así mismo, permitirá tomar conocimiento de la facilidad o dificultades que puede tener el penetrar a mercado o nicho de mercado al que orientemos nuestros productos, definir en forma precisa la estrategia comercial a seguir y determinación de ventas potenciales del proyecto.
2. El aspecto Operativo: identifica todas aquellas actividades que son necesarias para lograr la autorización e inicio de operaciones de la Aseguradora. En esta fase se evalúa el riesgo de la efectividad de las determinaciones que se hayan instrumentado o planteado, como necesarias para garantizar una operación de los servicios de salud amparados por la emisión y gestión operativa de la correspondiente cartera de pólizas, así como, evaluar cuantitativamente el compromiso del uso garantizado a los Asegurados registrados.
3. La Factibilidad Técnica Administrativa: desde el punto de vista técnico, se debe evaluar si los recursos técnicos actuales o las herramientas, o el conocimientos y habilidades, o experiencia del personal son suficientes o deben complementarse, o bien debe contratarse personal exprofeso, además debe valuarse el compromiso de la mejora permanente y adecuaciones en materia de seguros, de los sistemas, productos, e infraestructura física, tecnológica y

humana (selección de tecnología y equipo, maquinaria, bienes y servicios necesarios, proveedores de materias primas, y prestadores de servicios mínimos necesarios), que actualmente posea, y de la que se requiere de conformidad con los planteamientos emanados por la legislación vigente. Administrativamente debe valuarse quien y cómo se va a administrar la empresa y el proyecto de inversión, definir el responsable directo del proyecto, la experiencia empresarial y de los directivos que estarán al frente de la nueva aseguradora, la estructura organizacional que se requiera, así como todos aquellos aspectos jurídicos inherentes.

4. ¿Como estructurar el financiamiento del proyecto?, ¿cuál será la estructura de inversión sobre la que se montará el mismo?, ¿Cuáles son los requerimientos financieros de Ley?, ¿Cómo se integrará, y dará seguimiento del flujo de efectivo?, respuesta a este tipo de interrogantes nos la proporciona la parte de los estudios de factibilidad económica y financiera, en el cual además, nos permite establecer las opciones de actividades o procesos y/o para obtener los recursos básicos para sufragar los costo de tiempo, de realización y de adquirir nuevos recurso, por decir alguno de ellos.

En general puede decirse que el éxito de un proyecto esta determinado por el grado de factibilidad que se presente en cada una de los aspectos anteriores.

Considerando que una Administradora de Servicios Prepagados de Salud es un proyecto puesto en marcha por varios años consecutivos, y que en cada uno de ellos, su operación invariablemente ha requerido obtener resultados positivos, así como mantener una infraestructura operativa y logística, y que permanentemente sus accionistas revisan su valor presente y futuro, y esos resultados positivo que obtuvieron fue la razón por la cual deciden ir mas allá de las limitaciones de distintos índoles en que se ubica una Administradora, y crear una Institución de Seguros de Salud.

Dada la gran aceptación por parte de la población en general y del sector productivo y financiero, de las Administradoras de Servicios Prepagados de Salud, dispara la viabilidad de las I.S.E.S. en México.

De tal suerte que el sector gobierno encargado de instrumentar estas Instituciones de Seguros, ha estandarizado los estudios de factibilidad como un requisito básico para el logro de la Concesión y consecuente Autorización de las mismas, plasmándolos en normas legales y oficios circulares en los cuales se especifican los contenidos de cada uno de los puntos planeados, y su documentación resulta

ser una mera extracción de todos los estudios que en su debido momento los particulares interesados han realizado.

Los ordenamientos legales mencionados son en forma específica el artículo 29 y demás relativos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, conjuntamente con oficios circulares, resumidas a continuación:

- REGLAS para la Operación del Ramo de Salud.
- CIRCULAR S-24.4 por la que se dan a conocer los requisitos que deberán cumplir para su certificación las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.
- CIRCULAR S-21.5 por la que se dan a conocer a las Instituciones de Seguros las disposiciones para la integración de expedientes que contengan la información que acredite el cumplimiento de los requisitos que deberán satisfacerse en los nombramientos de consejeros, comisarios, funcionarios y contralores normativos.

Mención especial de todo el estudio de factibilidad es el presupuesto de operaciones, motivo por el cual comentaremos al respecto,

Dentro de las hipótesis de cálculo son necesarias el establecer los valores y las bases de los mismos, respecto de las variable siguientes: primas emitidas, reserva de riesgos en curso, monto de las comisiones del seguro directo, monto de los siniestros directos, monto de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados y de los gastos de ajuste asociados al siniestro, montos de los gastos de operación, y de la utilidad esperada.

Los supuestos para estimar un estado de resultados global, son los siguientes:

	Tasa supuesta de actualización =	10.00%
	TOTAL GASTOS DE INSTALACIÓN AFECTABLE AL CAPITAL MÍNIMO PAGADO = \$	3,300,000.00
	Monto de capital mínimo pagado en efectivo = \$	2,200,000.00
Comisiones =	20.0000%	, a partir del segundo año
Gastos de Infraestructura=	10.0000%	, para el año 1
	2.5800%	, para el año 2
	2.0000%	, a partir del 3er. Año
Siniestros =	24.7734%	

Riesgos en Curso =	40.5400%
S.O.N.R. y G.A.A.S. =	3.5000%
Gastos de operación =	14.0000%
Utilidad esperada =	8.0000%
Intereses de producto financiero =	6.0000%
Factor para reserva de capital =	3.00%
Tasa máxima afectable de Gastos de Inst.a Capital Mínimo Pagado =	60.00%
% DE PROVISIÓN PARA EL PAGO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA =	25.00%
% PROVISIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES AL PERSONAL=	10.00%

La obtención de los supuestos indicados son los siguientes:

- Primas emitidas.- El presupuesto de ventas de los primeros ejercicios anuales de operación de la aseguradora serían:

CONCEPTOS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
VENTAS	\$ 2,300,000.00	\$ 7,000,000.00	\$ 9,800,000.00	\$ 12,740,000.00	\$ 16,562,000.00
INCREMENTO		204.35%	40.00%	30.00%	30.00%

- Monto de los siniestros directos.- Este cálculo, se basó en la experiencia de la Administradora de Servicios prepagados de salud, con esta base se calculó la probabilidad empírica, cuyo detalle se muestra en el apartado de la nota técnica, y se resume a continuación:

CONSECUTIVO	COBERTURA	PROBABILIDAD EMPÍRICA
1	Consulta Médica (Consultas o Consulta con Especialistas o Consulta con Médico Especialista)	0.2477337
2	Médico a Domicilio	0.0014435
3	Ambulancia Terrestre	0.0006622
4	Lentes	0.1332438
5	Laboratorio y Gabinete	0.0574627
6	Medicamentos	0.3154400
7	Enfermera a Domicilio	0.0000333

Entonces, cada valor calculado de la siniestralidad es realizado sobre la base de la fórmula siguiente:

La probabilidad de que se tenga un servicio de consulta médica, o que a su vez se tenga un servicio de Médico a Domicilio y de Ambulancia Terrestre y de Lentes y de Laboratorio y Gabinete y de Medicamentos y Enfermera a Domicilio,  $p$ , es igual a:

$$\begin{aligned}
 p &= 0.2477337 * (1+( 0.0014435 * 0.0006622 * 0.1332438 * 0.0574627 * \\
 &\quad 0.3154400 * 0.0000333)) \\
 &= 0.2477337
 \end{aligned}$$

Entonces,  $\text{MontoSiniestros} = \text{Montosdeventas} * p$

- Reserva de riesgos en curso.- La proyección del monto de esta reserva se basó en el promedio anual que de dicha reserva se tendría de una unidad monetaria emitida como prima neta, el cálculo promedio se muestra a continuación



MES	FECHA DE VALUACIÓN	PRIMA EMITIDA	% DE COMISIÓN			PRIMA NETA	VIGENCIA		DÍAS			PRIMA			RESERVA DE RIESGOS EN CURSO	RESERVA MENSUAL RESPECTO DE LA PRIMA EMITIDA
			PAGADA	DE CIRCULAR	DE CÁLCULO		INICIO	FIN	DEVENGADOS	POR DEVENGAR	DE COBERTURA TOTAL	DEVENGADA	POR DEVENGAR	TOTAL		
ENERO	31/01/2000	1.00	12.00%	14.00%	12.00%	0.88	01/01/2000	31/12/2000	30	335	365	0.07	0.81	0.88	0.81	80.77%
FEBRERO	29/02/2000								59	306	365	0.14	0.74	0.88	0.74	73.78%
MARZO	31/03/2000								90	275	365	0.22	0.66	0.88	0.66	66.30%
ABRIL	30/04/2000								120	245	365	0.29	0.59	0.88	0.59	59.07%
MAYO	31/05/2000								151	214	365	0.36	0.52	0.88	0.52	51.50%
JUNO	30/06/2000								181	184	365	0.44	0.44	0.88	0.44	44.36%
JULIO	31/07/2000								212	153	365	0.51	0.37	0.88	0.37	36.88%
AGOSTO	31/08/2000								243	122	365	0.59	0.29	0.88	0.29	29.41%
SEPTIEMBRE	30/09/2000								273	92	365	0.66	0.22	0.88	0.22	22.18%
OCTUBRE	31/10/2000								304	61	365	0.73	0.15	0.88	0.15	14.71%
NOVIEMBRE	30/11/2000								334	31	365	0.81	0.07	0.88	0.07	7.47%
ENERO	31/12/2000								365	0	365	0.88	-	0.88	-	0.00%
PORCENTAJE DE RESERVA ANUAL															40.54%	

Como se observa, y en congruencia con la hipótesis de cálculo planteada, la reserva de riesgos en curso, calculada en base a vigencia, se fija en 40.54% de la prima neta emitida.

- Reserva de siniestros ocurridos y no reportados y de los gastos de ajuste asociados al siniestro.- Dado que en este rubro no existe experiencia en la Administradora de Servicios Prepagados de Salud, se tomó un valor promedio de otras compañías, fijándose dicho valor en 3.5% de la prima emitida.
- Montos de los gastos de operación.- De conformidad a la Nota Técnica detallada más adelante, este valor se fijó en 14.0% de la prima emitida.
- La utilidad esperada.- Al igual que el concepto anterior, el valor se fijó en 8%.

En concordancia con lo anterior, los resultados del estado de resultados esperado para los siete años a partir del inicio de operaciones, es el siguiente:

**ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A. DE C. V.**  
**ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADO POR SIETE AÑOS, A PARTIR DEL AÑO DE INICIO DE OPERACIONES**  
**PARA LOS PRODUCTOS DE SEGUROS COMERCIALIZADOS**

CONCEPTOS	AÑO 1*	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7
PRIMAS EMITIDAS							
VENTAS DIRECTAS	\$ 2,300,000.00	\$ 7,000,000.00	\$ 9,800,000.00	\$ 12,740,000.00	\$ 16,562,000.00	\$ 21,530,600.00	\$ 27,989,780.00
REASEGURO							
REASEGURO CEDIDO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
REASEGURO TOMADO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
PRIMA RETENIDA	\$ 2,300,000.00	\$ 7,000,000.00	\$ 9,800,000.00	\$ 12,740,000.00	\$ 16,562,000.00	\$ 21,530,600.00	\$ 27,989,780.00
RESERVA DE RIESGOS EN CURSO	\$ 932,420.00	\$ 2,837,800.00	\$ 3,972,920.00	\$ 5,164,796.00	\$ 6,714,234.80	\$ 8,728,505.24	\$ 11,347,056.81
PRIMA DEVENGADA	\$ 1,367,580.00	\$ 4,162,200.00	\$ 5,827,080.00	\$ 7,575,204.00	\$ 9,847,765.20	\$ 12,802,094.76	\$ 16,642,723.19
COMISIONES	\$ -	\$ 1,400,000.00	\$ 1,960,000.00	\$ 2,548,000.00	\$ 3,312,400.00	\$ 4,306,120.00	\$ 5,597,956.00
COMISIONES POR REASEGURO TOMADO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
COMISIONES POR REASEGURO CEDIDO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
COBERTURA POR EXCESO DE PERDIDA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
SINIESTROS	\$ 573,597.58	\$ 1,745,731.75	\$ 2,444,024.45	\$ 3,177,231.79	\$ 4,130,401.33	\$ 5,369,521.73	\$ 6,980,378.24
<b>UTILIDAD O PÉRDIDA TÉCNICA</b>	<b>\$ 793,982.42</b>	<b>\$ 2,416,468.25</b>	<b>\$ 3,383,055.55</b>	<b>\$ 4,397,972.21</b>	<b>\$ 5,717,363.87</b>	<b>\$ 7,432,573.03</b>	<b>\$ 9,662,344.95</b>
RESERVA S.O.N.R. Y G.A.A.S.	\$ 80,500.00	\$ 245,000.00	\$ 343,000.00	\$ 445,900.00	\$ 579,670.00	\$ 753,571.00	\$ 979,642.30
<b>UTILIDAD O PÉRDIDA BRUTA</b>	<b>\$ 713,482.42</b>	<b>\$ 2,171,468.25</b>	<b>\$ 3,040,055.55</b>	<b>\$ 3,952,072.21</b>	<b>\$ 5,137,693.87</b>	<b>\$ 6,679,002.03</b>	<b>\$ 8,682,702.65</b>
GASTOS DE INFRAESTRUCTURA	\$ 230,000.00	\$ 180,600.00	\$ 196,000.00	\$ 254,800.00	\$ 331,240.00	\$ 430,612.00	\$ 559,795.60
GASTOS DE OPERACIÓN	\$ 322,000.00	\$ 980,000.00	\$ 1,372,000.00	\$ 1,783,600.00	\$ 2,318,680.00	\$ 3,014,284.00	\$ 3,918,569.20
<b>UTILIDAD O PERDIDA DE LA OPERACION</b>	<b>\$ 161,482.42</b>	<b>\$ 1,010,868.25</b>	<b>\$ 1,472,055.55</b>	<b>\$ 1,913,672.21</b>	<b>\$ 2,487,773.87</b>	<b>\$ 3,234,106.03</b>	<b>\$ 4,204,337.85</b>
INGRESOS POR ADMINISTRACION DE SERVICIOS CONEXOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
PRODUCTO FINANCIERO	\$ 224,884.80	\$ 768,432.00	\$ 1,075,804.80	\$ 1,398,546.24	\$ 1,818,110.11	\$ 2,363,543.15	\$ 3,072,606.09
<b>UTILIDAD O PERDIDA ANTES DE ISR, PTU Y PRS</b>	<b>\$ 386,367.22</b>	<b>\$ 1,779,300.25</b>	<b>\$ 2,547,860.35</b>	<b>\$ 3,312,218.45</b>	<b>\$ 4,305,883.99</b>	<b>\$ 5,597,649.18</b>	<b>\$ 7,276,943.93</b>
PROVISIÓN PARA EL PAGO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA	\$ 96,591.81	\$ 444,825.06	\$ 636,965.09	\$ 828,054.61	\$ 1,076,471.00	\$ 1,399,412.30	\$ 1,819,235.98
PROVISIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES AL PERSONAL	\$ 38,636.72	\$ 177,930.02	\$ 254,786.03	\$ 331,221.85	\$ 430,588.40	\$ 559,764.92	\$ 727,694.39
<b>UTILIDAD (PÉRDIDA) DEL EJERCICIO</b>	<b>\$ 251,138.70</b>	<b>\$ 1,156,545.16</b>	<b>\$ 1,656,109.23</b>	<b>\$ 2,152,941.99</b>	<b>\$ 2,798,824.59</b>	<b>\$ 3,638,471.97</b>	<b>\$ 4,730,013.56</b>

El presente Estado de Resultados se formuló de conformidad con las disposiciones en materia de contabilidad emitidas por la Comisión, considerando que se consideran los cálculos siguientes:

- (+) Primas Emitidas
- (-) Reaseguro Cedido
- (+) Reaseguro Tomado
- (=) Prima Retenida
- (-) Reserva de Riesgos en Curso
- (=) Prima Devengada
- (-) Comisiones
- (+) Comisiones por Reaseguro Tomado
- (-) Comisiones por Reaseguro Cedido
- (-) Cobertura de Exceso de Pérdida

- (-) Siniestros
- (=) Utilidad (Pérdida) Técnica
- (-) Reserva de Siniestros ocurridos y no Reportados, S.O.N.R., y de Gastos de Ajuste Asignados a Siniestros, G.A.A.S.
- (=) Utilidad (Pérdida) Bruta
- (-) Gastos de Infraestructura
- (-) Gastos de Operación
- (=) Utilidad (Pérdida) de la Operación
- (+) Resultado de Operaciones Análogas y Conexas
- (+) Producto Financiero
- (=) Utilidad (Pérdida) antes de I.S.R., P.T.U. y P.R.S.
- (-) provisión para el pago del impuesto sobre la renta
- (-) provisión para la participación de utilidades al personal
- (=) utilidad (pérdida) del ejercicio

Desde el punto de vista del inversionista, es importante saber que esperar sobre las expectativas de su capital invertido, o mejor dicho, sobre el regreso o retorno de su capital, por lo cual es necesario estimar la TIR, o tasa interna de retorno esperado, misma que se utiliza para establecer la tasa de rendimiento esperada de un proyecto..

La tasa interna de rendimiento financiero, también considerada como tasa interna de retorno, la TIR es la tasa de rendimiento en la cual el futuro flujo de fondos iguala la salida de caja inicial que incluye los gastos de instalación.

El método de cálculo considera el factor tiempo en el valor del dinero y se aplica con base en el flujo neto de efectivo que generará el proyecto.

El valor presente neto se calcula adicionando la inversión inicial (representada como un flujo de fondos negativo) al valor actual o presente de los futuros flujos de fondos.

El valor presente neto se define como el valor presente del flujo de ingresos (flujo positivo) menos el valor presente del flujo de egresos (flujo negativo). Esto es, la suma algebraica de los flujos de efectivo futuros (positivos y negativos) al valor presente, incluyendo en esta suma el egreso inicial de la inversión.

A continuación se presentan el formulario usado en los cálculos de la tasa interna de retorno y del flujo de efectivo:

$$\left( \begin{array}{l} \text{Tasa del valor presente} \\ \text{al año } i \end{array} \right) = \frac{1}{(1+i)^n}, \text{ donde } i = 0.06, \text{ y } n = 0, 1, 2, \dots, 6.$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{Estimación del Capital} \\ \text{Mínimo Pagado,} \\ \text{actualizado de} \\ \text{conformidad a la tasa} \\ \text{anual efectiva} \\ \text{de actualización} \\ \text{supuesta} \end{array} \right) = \left( \begin{array}{c} \text{Estimación del} \\ \text{año inmediato} \\ \text{anterior} \end{array} \right) * \left( 1 + \left( \begin{array}{c} \text{Tasa supuesta de} \\ \text{actualización del} \\ \text{Capital mínimo Pagado} \end{array} \right) \right)$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{RESERVA DE} \\ \text{CAPITAL del año } i \end{array} \right) = \left( \begin{array}{c} \text{UTILIDAD o} \\ \text{PÉRDIDA} \\ \text{DEL EJERCICIO} \\ \text{del año } i \end{array} \right) * \left( \begin{array}{c} \text{Factor para} \\ \text{reserva de capital} \end{array} \right) * \left( \begin{array}{c} \text{Tasa para Valor} \\ \text{presente al año } i \end{array} \right)$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{Valor Presente} \\ \text{de PRIMAS EMITIDAS} \end{array} \right) = \left( \begin{array}{c} \text{PRIMAS EMITIDAS} \\ \text{POR VENTAS DIRECTAS} \\ \text{DEL AÑO } i \end{array} \right) * \left( 1 + \left( \begin{array}{c} \text{Tasa del Valor} \\ \text{presente} \\ \text{al año } i \end{array} \right) \right)$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{Valor Presente} \\ \text{de CONCEPTO K} \end{array} \right) = \left( \begin{array}{c} \text{RESERVA} \\ \text{DE RIESGOS} \\ \text{EN CURSO} \\ \text{DEL AÑO } i \end{array} \right) * \left( \begin{array}{c} \text{Tasa para} \\ \text{Valor presente} \\ \text{al año } i \end{array} \right)$$

Donde CONCEPTO K= RESERVA DE RIESGOS EN CURSO, COMISIONES, SINIESTROS, RESERVA S.O.N.R. Y G.A.A.S., GASTOS DE INFRAESTRUCTURA, GASTOS DE OPERACIÓN, PRODUCTO FINANCIERO, PROVISIÓN PARA EL PAGO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA, PROVISIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES AL PERSONAL. RESERVA DE CAPITAL, Capital Mínimo Pagado.

$$\left( \begin{array}{c} \text{FLUJO NETO} \\ \text{DE EFECTIVO} \end{array} \right) = \left( \begin{array}{c} \text{Flujo de} \\ \text{Efectivo} \\ \text{Positivo} \end{array} \right) - \left( \begin{array}{c} \text{Flujo de} \\ \text{Efectivo} \\ \text{Negativo} \end{array} \right)$$

$$\begin{aligned}
 \left( \begin{array}{c} \text{Flujo de} \\ \text{Efectivo} \\ \text{Positivo} \end{array} \right) &= \left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de PRIMAS} \\ \text{EMITIDAS} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de COMISIONES} \\ \text{POR REASEGURO} \\ \text{TOMADO} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{Valor Presente} \\ \text{de INGRESOS} \\ \text{POR ADMON DE} \\ \text{SERVICIOS CONEXOS} \end{array} \right) + \\
 &\left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de PRODUCTO} \\ \text{FINNACIERO} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{RESERVA DE} \\ \text{CAPITAL} \\ \text{ACTUALIZADO} \\ \text{A LA TASA DEL} \\ \text{VALOR PRESENTE} \\ \text{DEL PRODUCTO} \\ \text{FINNACIERO} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor presente} \\ \text{de la Estimación} \\ \text{del Capital Mínimo} \\ \text{Pagado, actualizado} \end{array} \right)
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \left( \begin{array}{c} \text{Flujo de} \\ \text{Efectivo} \\ \text{Negativo} \end{array} \right) &= \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de RESERVA} \\ \text{DE RIESGOS} \\ \text{N CURSO} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente de} \\ \text{COMISIONES} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente de} \\ \text{COMISIONES} \\ \text{POR REASEGURO} \\ \text{CEDIDO} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de COBER} \\ \text{TURA POR} \\ \text{EXCESO DE} \\ \text{PERDIDA} \end{array} \right) +
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 \left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de SINIES} \\ \text{TROS} \end{array} \right) &+ \left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de RESERVA} \\ \text{S.O.N.R.} \\ \text{y G.A.A.S.} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de GASTOS} \\ \text{DE INFRAES} \\ \text{TRUCTURA} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de GASTOS} \\ \text{DE OPERA} \\ \text{CIÓN} \end{array} \right) + \left( \begin{array}{c} \text{valor} \\ \text{Presente} \\ \text{de PROVI} \\ \text{SIN PARA} \\ \text{EL PAGO DEL} \\ \text{ISR} \end{array} \right) +
 \end{aligned}$$

$$+ \left( \begin{array}{c} \text{Valor} \\ \text{Presente de PROVISIÓN} \\ \text{PARA LA PARTICIPACIÓN} \\ \text{DE UTILIDADES AL PERSONAL} \end{array} \right)$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{Tasa interna} \\ \text{de retorno} \\ \text{respecto de la} \\ \text{inversión inicial,} \\ \text{al año } i \end{array} \right) = \frac{\left( \begin{array}{c} \text{FLUJO NETO DE EFECTIVO,} \\ \text{del año } i \end{array} \right)}{\left( \begin{array}{c} \text{Estimación del Capital} \\ \text{Mínimo Pagado actualizado, del año } i \end{array} \right)} - 1$$

$$\left( \begin{array}{c} \text{Tasa interna} \\ \text{de retorno} \\ \text{respecto de la} \\ \text{inversión del} \\ \text{año que corresponda} \end{array} \right) = \frac{\left( \begin{array}{c} \text{FLUJO NETO} \\ \text{DE EFECTIVO,} \\ \text{del año } i \end{array} \right)}{\left( \begin{array}{c} \text{Estimación del} \\ \text{Capital Mínimo} \\ \text{Pagado actualizado, del año } i \end{array} \right)} - 1$$

A continuación se calcula la TIR, para cada uno de los años considerados bajo análisis.

**ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A. DE C. V.**  
**VALORES PRESENTES DEL ESTADO DE RESULTADOS PROYECTADO POR SIETE AÑOS, Y TASA INTERNA DE RETORNO CALCULADA**

CONCEPTOS	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7
Estimación del Capital Mínimo Pagado, actualizado de conformidad a la tasa anual efectiva de actualización supuesta =	\$ 5,500,000.00	\$ 6,050,000.00	\$ 6,655,000.00	\$ 7,320,500.00	\$ 8,052,550.00	\$ 8,857,805.00	\$ 9,743,585.50
RESERVA DE CAPITAL	\$ 7,534.16	\$ 32,732.41	\$ 44,217.94	\$ 54,229.55	\$ 66,507.94	\$ 81,566.34	\$ 100,034.19
Tasa para Valor presente al año i =	1.00	0.94	0.89	0.84	0.79	0.75	0.70
Valor Presente de PRIMAS EMITIDAS	\$ 2,300,000.00	\$ 6,603,773.58	\$ 8,721,965.11	\$ 10,696,749.67	\$ 13,118,655.25	\$ 16,088,916.82	\$ 19,731,690.44
Valor Presente de RESERVA DE RIESGOS EN CURSO	\$ 932,420.00	\$ 2,677,169.81	\$ 3,535,884.66	\$ 4,336,462.31	\$ 5,318,302.84	\$ 6,522,446.88	\$ 7,999,227.30
Valor Presente de COMISIONES	\$ -	\$ 1,320,754.72	\$ 1,744,393.02	\$ 2,139,349.93	\$ 2,623,731.05	\$ 3,217,783.36	\$ 3,946,338.09
Valor Presente de COMISIONES POR REASEGURO TOMADO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Valor Presente de COMISIONES POR REASEGURO CEDIDO	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Valor Presente de COBERTURA POR EXCESO DE PERDIDA	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Valor Presente de SINIESTROS	\$ 573,597.58	\$ 1,646,916.75	\$ 2,175,173.06	\$ 2,667,665.08	\$ 3,271,664.72	\$ 4,012,418.99	\$ 4,920,891.22
Valor Presente de RESERVA S.O.N.R. Y G.A.A.S.	\$ 80,500.00	\$ 231,132.08	\$ 305,268.78	\$ 374,386.24	\$ 459,152.93	\$ 563,112.09	\$ 690,609.17
Valor Presente de GASTOS DE INFRAESTRUCTURA	\$ 230,000.00	\$ 170,377.36	\$ 174,439.30	\$ 213,934.99	\$ 262,373.11	\$ 321,778.34	\$ 394,633.81
Valor Presente de GASTOS DE OPERACIÓN	\$ 322,000.00	\$ 924,528.30	\$ 1,221,075.12	\$ 1,497,544.95	\$ 1,836,611.74	\$ 2,252,448.35	\$ 2,762,436.66
Valor Presente de INGRESOS POR ADMINISTRACION DE SERVICIOS CONEXOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Valor Presente de PRODUCTO FINANCIERO	\$ 224,884.80	\$ 724,935.85	\$ 957,462.44	\$ 1,174,246.39	\$ 1,440,113.50	\$ 1,766,176.93	\$ 2,166,066.05
Valor Presente de PROVISIÓN PARA EL PAGO DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA	\$ 96,591.81	\$ 419,646.28	\$ 566,896.66	\$ 695,250.62	\$ 852,665.85	\$ 1,045,722.27	\$ 1,282,489.58
Valor Presente de PROVISIÓN PARA LA PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES AL PERSONAL	38,636.72	167,858.51	226,758.66	278,100.25	341,066.34	418,288.91	512,995.83
RESERVA DE CAPITAL ACTUALIZADO A LA TASA DEL VALOR PRESENTE DEL PRODUCTO FINANCIERO	\$ 7,534.16	\$ 30,879.63	\$ 39,353.81	\$ 45,532.17	\$ 52,680.52	\$ 60,951.11	\$ 70,520.15
Valor presente de la Estimación del Capital Mínimo Pagado, actualizado de conformidad a la tasa anual efectiva de actualización supuesta =	\$ 5,500,000.00	\$ 5,707,547.17	\$ 5,922,926.31	\$ 6,146,432.96	\$ 6,378,373.83	\$ 6,619,067.18	\$ 6,868,843.30

FLUJO NETO DE EFECTIVO	\$ 5,758,672.86	\$ 7,486,847.42	\$ 8,470,786.65	\$ 9,458,651.41	\$ 10,684,257.81	\$ 12,216,716.36	\$ 14,145,787.23
Flujo de Efectivo Positivo	\$ 8,032,418.96	\$ 13,475,979.17	\$ 16,798,731.11	\$ 20,284,979.20	\$ 24,758,483.94	\$ 30,513,210.33	\$ 37,931,229.39
Flujo de Efectivo Negativo	\$ 2,273,746.10	\$ 5,989,131.75	\$ 8,327,944.45	\$ 10,826,327.79	\$ 14,074,226.13	\$ 18,296,493.97	\$ 23,785,442.15

Tasa interna de retorno respecto de la inversión inicial	4.70%	36.12%	54.01%	71.98%	94.26%	122.12%	157.20%
Tasa interna de retorno respecto de la inversión del año que corresponde	4.70%	23.75%	27.28%	29.21%	32.68%	37.92%	45.18%

Como puede observarse, la expectativa es que, bajo los supuestos establecidos, la inversión inicial es recuperable desde el primer año de operaciones.

### **Capítulo III. Responsabilidades Técnico-Actuariales en la instrumentación de la Nueva Institución de Seguros**

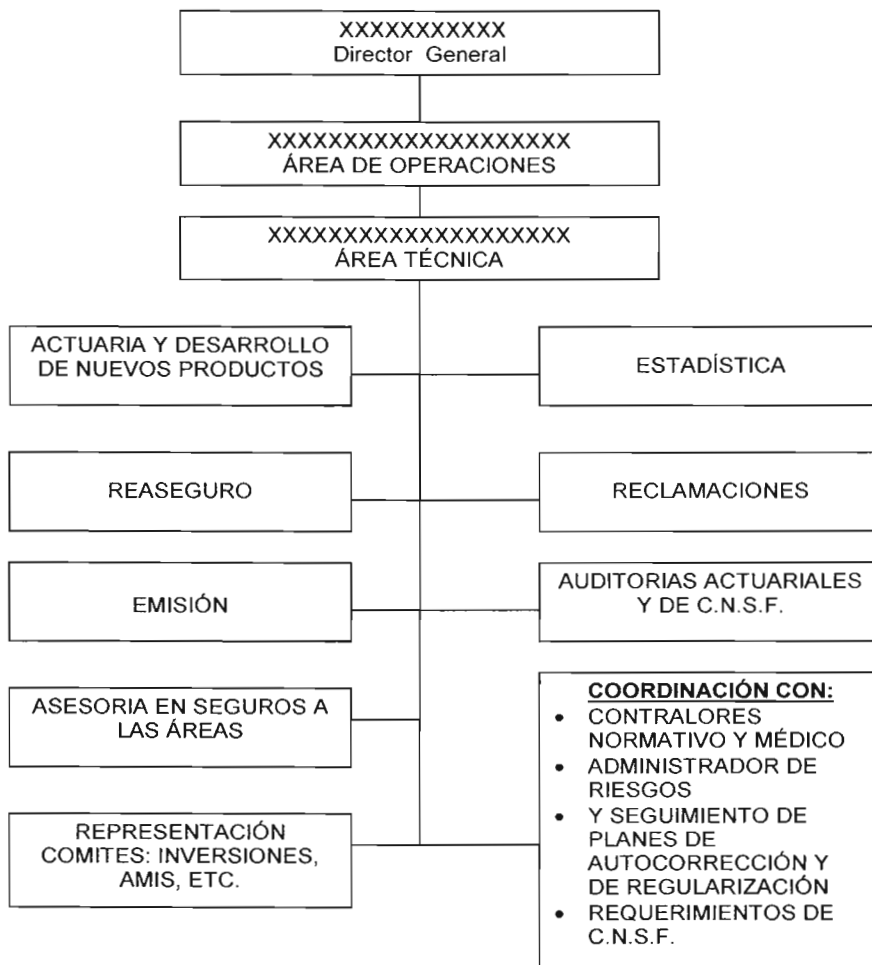
En este capítulo se tratarán los temas:

- III.1. Las responsabilidades directas del área Técnica.
- III.2. Los Productos de Seguro:
  - III.2.1. Los elementos que integran al producto de seguro.
  - III.2.2. Nota Técnica: Cálculo de primas para cada cobertura del Producto Médica y la descripción de la Membresía:
    - III.2.2.1. Descripción de la propia nota técnica.
    - III.2.2.2. La documentación Contractual.
    - III.2.2.3. El Folleto Explicativo y su Suplemento.
    - III.2.2.4. Los Contratos Tipo.
    - III.2.2.5. El Dictamen Jurídico.
    - III.2.2.6. El Análisis de Congruencia.
  - III.2.3. Nota Técnica: Cálculo de primas para cada cobertura del Producto Dental.
  - III.2.4. Nota Técnica: Cálculo de primas para cada cobertura del Producto Médica-Dental.
  - III.2.5. Las Reservas Técnicas.
- III.3. Registros y reportes estadísticos.
- III.4. Reaseguro.
- III.5. Responsabilidad Civil.
- III.6. Subsistema de Vigilancia a normas.



### III.1. Las responsabilidades directas del área Técnica

#### FUNCIONES DEFINIDAS COMO RESPONSABILIDADES DIRECTAS DEL ÁREA TÉCNICA



## **III.2. Los Productos de Seguros**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 36-B de la LGISM vigente, antes de comercializar sus productos, la Aseguradora tramitará ante la Comisión el registro de sus contratos de seguros, así como la Nota Técnica correspondiente y, en su caso, los modelos de cláusulas adicionales independientes que cumplan los mismos requisitos, previo dictamen de que los mismos no contienen estipulaciones que se opongan a lo dispuesto por las disposiciones legales que les sean aplicables y que no establecen obligaciones o condiciones inequitativas o lesivas para contratantes, asegurados o beneficiarios de los seguros, vigilando que dicho registro cumpla cabalmente lo dispuesto en el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

III.2.1. Los elementos que integran al producto de seguro:

De conformidad con lo establecido en la circular S-8.1, mediante la cual se dan a conocer a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la forma y términos del registro de productos de seguros, toda nota técnica elaborada en una ISES, deberá estar integrada por:

- a) El cuerpo de la propia nota técnica,
- b) La documentación contractual, misma que comprende: solicitudes, carátulas, las condiciones generales (en donde se establezca de manera clara y precisa el alcance, términos, condiciones, exclusiones, limitantes, franquicias o deducibles y los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados o beneficiarios, aspectos y cláusulas necesarias conforme a las disposiciones legales aplicables), las cláusulas adicionales independientes, certificados, consentimientos, cuestionarios, recibos de pago de primas, cláusulas de carácter general o formatos que pretendan añadirse a toda una operación o ramo y cuya incorporación no tenga repercusiones en las notas técnicas correspondientes y todos aquellos que deban ser firmados por el contratante o asegurado.
- c) El folleto explicativo y el suplemento a los que se refiere la cuadragésima quinta de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.
- d) Los contratos tipo a los que alude la cuadragésima Tercera de las reglas para la Operación del Ramo de Salud.

- e) El dictamen jurídico que certifique el apego de la documentación contractual a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones aplicables, y
- f) El análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual al que se refiere el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros,

Adicionalmente, la nota técnica del producto de seguros deberá contener los datos que a continuación se mencionan:

- 1. Denominación de la institución o sociedad mutualista de que se trate.
- 2. Características del plan, donde se detalle lo siguiente:
  - a. Nombre comercial del plan.
  - b. Descripción de la cobertura básica.
  - c. En su caso, descripción de las coberturas adicionales
  - d. Temporalidad del plan.
  - e. Indicación de si la ISES utilizará recursos propios o de terceros; si su sistema de atención de servicios médicos contará con un Médico de Primer Contacto, es decir, la referencia inmediata para acceder a cualquier tipo de servicio y que controlará la utilización del mismo.
- 3. Hipótesis demográficas y financieras:
  - a. Hipótesis demográficas: Se indicarán las tablas de mortalidad, de sobrevivencia o de morbilidad que se utilizarán, atendiendo a la normativa vigente.
  - b. Hipótesis financieras: Se indicará la tasa de interés técnico que se utilice para la determinación de la prima y de la reserva, atendiendo a la normativa vigente. Asimismo, se indicará el supuesto inflacionario utilizado en caso de que las tarifas de los productos sean actualizadas por ese concepto, así como la fuente de donde obtiene dicho porcentaje.
  - c. Otras hipótesis demográficas: Se definirán y anexarán cualquier otro tipo de hipótesis demográficas que se hayan utilizado en la elaboración del plan, tales como tablas de

mortalidad para inválidos, invalidez, incapacidad, rotación de personal, etc.

#### 4. Procedimientos técnicos:

De conformidad con los estándares de práctica actuarial, actualmente en vigor, que nos dice que: en las notas técnicas, deben describirse la metodología y las bases aplicadas para el cálculo actuarial de la prima, incluyendo de manera específica: la definición clara y precisa del riesgo y de las obligaciones contractuales cubiertas, las características, alcances, limitaciones y condiciones de la cobertura, las definiciones, conceptos, hipótesis y procedimientos empleados y, en su caso, las estadísticas y datos utilizados en la valoración del riesgo, así como las fuentes de información y cualquier otro elemento necesario para fundamentar actuarialmente la prima resultante, en este sentido y en concordancia con la circular S-8.1 mencionada, en el cuerpo de la nota técnica deben quedar especificados los conceptos siguientes:

- a. Primas de riesgo, de tarifa y extraprimas: Indicar el procedimiento para su determinación, demostrando con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados, que éstas son suficientes para garantizar el interés de los asegurados, así como la solvencia de la institución o sociedad mutualista.
- b. Reservas técnicas: En forma detallada se indicarán los procedimientos para su cálculo y constitución de acuerdo a métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados, y apegándose a las disposiciones aplicables.
- c. Gastos de administración: Indicar el valor y el criterio de aplicación de los recargos por este concepto.
- d. Gastos de adquisición: Indicar el valor y el criterio de aplicación de los recargos por este concepto.
- e. Indicar el valor de la participación del asegurado en el pago de siniestros a través de deducibles, coaseguros, copagos o franquicias.
- f. Dividendos y bonificaciones: En caso de otorgarlos, detallar el procedimiento con el que se calcularán, en el entendido de que dichos procedimientos deberán satisfacer los

principios técnicos y actuariales, así como las normas legales vigentes.

- g. Otros elementos técnicos: Cualquier otro concepto o procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la nota técnica sea necesario para la adecuada instrumentación del producto de que se trate.
- h. Los costos relacionados con la transferencia del riesgo.- se deberán contemplar todos aquellos costos en los que incurrirá la entidad aseguradora al hacer frente al riesgo que está asumiendo y que deben comprender al menos: el costo de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, incluyendo un margen para desviaciones, así como los costos de adquisición y de administración y el margen de utilidad. Dentro del margen de utilidad se podrá incorporar un margen adicional para cubrir el costo neto del reaseguro no proporcional, cuando éste resulte significativo y razonable, en función a la transferencia del riesgo y a las condiciones del mercado. Independientemente de los costos operativos y financieros, en los seguros con pago fraccionado de primas deberá considerarse el impacto de la cancelación prematura por falta de pago.
- i. La información que sustentarán los cálculos, ya que el cálculo actuarial de la prima de tarifa debe basarse en información homogénea, suficiente y confiable, sobre el riesgo en cuestión y las variables consideradas.
- j. Elementos adicionales.- El cálculo actuarial de una prima de tarifa puede incorporar también otros elementos relativos a la experiencia siniestral, las políticas de suscripción o variables del mercado o del entorno, entre otros, referidos al riesgo o los costos asociados, siempre que se pueda estimar objetivamente su efecto.
- k. Experiencia de reaseguradores.- Cuando no es factible integrar la información del tipo de producto a comercializar, la prima de tarifa puede fundamentarse en las primas de riesgo establecidas por el mercado internacional de reaseguro, en relación a los riesgos en cuestión u otros riesgos análogos.

De acuerdo con lo anterior, los productos iniciales que la ISES, podría ofertar al mercado Asegurador Mexicano, podrían suscribirse en algunos de los siguientes:

1. Salud Médica
2. Salud Dental,
3. Salud Médica-Dental
4. Salud Integral

Cada uno de ellos desarrollados dentro de los Seguros individuales, familiares, de Grupo o Colectivo, ya sean como Contratos de Adhesión o como Contratos de No-Adhesión, teniendo todos ellos la filosofía de la prevención, como uno de sus pilares existenciales.

Los Productos denominados como Salud Médica, podrán contener entre sus coberturas alguna o todas las enumeradas en la Matriz de Coberturas, con los números del 1 al 7.

Los productos llamados de Salud Dental, sólo podrán contener la cobertura numerada con el número 8, en la Matriz de Coberturas.

Los Productos llamados Salud Médica-Dental, podrán contener entre sus coberturas alguna o todas las enumeradas en la Matriz de Coberturas, con los números del 1 al 7, pero invariablemente incluyen en su cobertura la identificada con el número 8 de la Matriz de Coberturas.

Los Productos Salud Integral, comprenderán las coberturas indicadas para los productos Salud Médico-Dental, y además invariablemente deberán incluir la cobertura de Gastos Hospitalarios, y la cobertura de Medicina Ambulatoria.

Precisando las coberturas, éstas serían las contenidas en la matriz siguiente:

**TABLA DE COBERTURAS DE SALUD**

CONSECUTIVO	NOMBRE DE LA COBERTURA	DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
1	Consulta Médica	Cubre única y exclusivamente: los gastos que por consulta médica deba erogar el asegurado, por cada visita que éste haga a un médico u odontólogo, por cualquier afección a su salud, y de acuerdo a lo especificado en su seguro importará o no si su padecimiento es o no preexistente, en consecuencia no se cubre procedimiento alguno en consultorio u hospital.
2	Médico a Domicilio	Cubre los honorarios médicos por concepto de consultas médicas a domicilio que necesite el asegurado con un Médico General por cualquier afección de su salud por circunstancias fortuitas o bien debido a que se trate de pacientes afectados en su integridad biopsicomotora o funcional, (ancianos seniles, por ejemplo), y que necesiten atención inmediata en su domicilio.  La visita que efectúe el Médico General en el Domicilio del Asegurado, será únicamente a efecto de valorar médicamente al paciente y en su caso, referirlo a un Médico Especialista de la Red de la Compañía de Seguros o bien prescribirle medicamentos y/o referirlo a los Laboratorios y/o Gabinetes de la Red.
3	Ambulancia Terrestre	Cubre los gastos que por los Servicios de Ambulancia necesite efectuar el asegurado, para un traslado extra hospitalario terrestre, siempre y cuando se trate de un caso de atención y estabilización de pacientes que requieran traslados normales o de pacientes en terapia intensiva.
4	Lentes	En caso de que el Asegurado requiera el uso de lentes por una deficiencia visual, previa valoración oftalmológica, se proporcionarán al paciente Lentes con valor de hasta por la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza o sus endosos, o en las condiciones particulares de la misma.
5	Laboratorio y Gabinete	Mediante esta cobertura se proporcionan los servicios de laboratorio y/o Gabinete que requieran los asegurados referenciados por un Médico General o Médico Especialista de la Red, previa consulta y autorización de dichos estudios.  La Cobertura se otorgará conforme a un Cuadro Básico de Laboratorio y Gabinete, o bien a un cuadro Abierto de Laboratorio y Gabinete que se anexan en el endoso correspondiente, el detalle del cuadro que ampare al Asegurado se especificará en su póliza y/o endoso o en sus condiciones particulares.

CONSECUTIVO	NOMBRE DE LA COBERTURA	DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
6	Medicamentos	<p>Cubre los gastos que pudiera realizar el Asegurado, con motivo de obtener los medicamentos que le prescriba en Receta Médica, el Médico General o Médico Especialista de la Red, que lo haya atendido previamente, y el servicio haya sido autorizado por la Aseguradora.</p> <p>Esta cobertura se puede contratar en dos esquemas, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuadro Básico de Medicamentos.</li> <li>2. Cuadro Abierto de Medicamentos.</li> </ol>
7	Enfermera a Domicilio	<p>El objeto de esta cobertura es proporcionar los servicios de una Enfermera por concepto de atención y cuidados de enfermería a domicilio que necesite el asegurado por cualquier afección de su salud.</p> <p>Este es un servicio programado con al menos xx día(s) de anticipación y en turnos de cuando más xx horas continuas, con un máximo de xxx turnos por año de vigencia de la póliza o en su caso, a lo que al respecto se estipule en las condiciones particulares de la póliza o en los endosos relativos que al efecto se emitan.</p>
8	Salud Bucal	<p>Cubre los honorarios de los odontólogos quedando excluidos: los medicamentos, los gastos de hospitalización, los conceptos no incluidos en la correspondiente tabla de honorarios, los tratamientos experimentales y todo aquel tratamiento no autorizado.</p> <p>Ampara algunos de los tratamientos a que se refiere el Diagnóstico, la Prevención, Operatoria dental, Cosmética dental, Endodoncia, Parodóncia y Cirugía bucal, los tratamientos específicos que se contengan en la tabla de tratamientos amparados.</p>
9	Gastos Hospitalarios	<p>Cubre los gastos dentro del hospital por: maternidad; complicaciones del embarazo; rehabilitación; fisioterapias; aparatos de prótesis, órtesis y ortopedia; padecimientos congénitos, procedimientos en consultorio, siempre y cuando sea autorizado por la Aseguradora.</p>



CONSECUTIVO	NOMBRE DE LA COBERTURA	DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
10	Medicina Ambulatoria	Cubre gastos por medicina de especialidad del primer nivel de atención orientada a una asistencia médica ambulatoria o cirugía que se realiza bajo anestesia general, regional o local sin hospitalización de pacientes quirúrgicos pediátricos, ginecológicos, de otorrinolaringología, de ortopedia, de oftalmología, de rehabilitación cardíaca, de terapia transfusional entendiéndose ésta como: la transfusión de glóbulos rojos lavados, plaquetas de donantes randomizados o de aféresis, crioprecipitados, suspensión de hematíes, glóbulos rojos desleucocitados, con filtro, plasma fresco plasma normal, diagnóstico de anemias hemolíticas, estudio de anticuerpos irregulares con panel globular en pacientes embarazadas, etc., determinación de anticuerpos antiplaquetarios y antileucocitarios por inmunofluorescencia, plaquetaféresis, leucocitoféresis, eritroféresis; Nucleotomía lumbar percutánea automatizada u operación ambulatoria de Hernia de Disco; manejo del paciente con quimioterapia en forma ambulatoria

Debido a que al inicio de las operaciones e inclusive ya inmersos propiamente en la operación diaria de toda Aseguradora, los productos que se comercializan surgen de acuerdo con las estrategias de mercado que se desarrollen en ella, en la presente propuesta inicialmente sólo se presentan las notas técnicas de los productos: 1.Salud Médica 2.Salud Dental, 3.Salud Médica-Dental y dado que el clausulado de las documentaciones contractuales difieren sólo en lo concerniente a las particularidades del producto, y es interés de la presentación el mostrar el aspecto general de cada elemento incluido en la misma. De los documentos contractuales sólo se mostrará la correspondiente al producto Médica.

### III.2.2. NOTA TÉCNICA DEL PLAN MÉDICA

Circunscrita esta nota técnica en lo mencionado anteriormente, en su desarrollo se presentan los apartados siguientes:

- 3.2.2.1. Descripción de la propia nota técnica,
- 3.2.2.2. La documentación contractual,
- 3.2.2.3. El folleto explicativo y el suplemento al mismo,
- 3.2.2.4. Los contratos tipo suscritos con los Prestadores de servicios médicos,
- 3.2.2.5. El dictamen jurídico, y
- 3.2.2.6. El análisis de congruencia

El conjunto de todos ellos permitirían, en su momento, registrarla ante las autoridades correspondientes.

### III.2.2.1. Descripción de la Nota Técnica

#### MARCO DE DESARROLLO

Se ubica al producto **Médica**, como un Seguro del Ramo de Salud, Gastos Médicos Menores, de tipo Empresarial y el mismo está orientado a proporcionar servicios médicos de prevención o restauración de la salud de "Grupos Familiares Auténticos", correspondientes al núcleo familiar o a los dependientes económicos de cada uno de los trabajadores que emplee un determinado Patrón o colectividades de Grupos Familiares Auténticos en el sentido aquí mencionado.

En este sentido, este producto se circunscribe dentro de los Seguros de Grupo o de Colectivo, según el tipo de grupo asegurable.

En la contratación de estos Seguros, La Aseguradora acepta la transferencia de la responsabilidad de atender los requerimientos (reclamaciones o siniestros) que presupone el quebrantamiento de la Salud del o de los asegurados, todo esto bajo un esquema de un acontecimiento futuro e incierto, sea éste externo o no al Asegurado, Violento o no, súbito o no, o derivado de una enfermedad o de un accidente.

Inicialmente en la instrumentación de la responsabilidad aceptada, la Aseguradora, prestará los Servicios de Salud mediante la gestión administrativa y articulación de recursos contratados con terceros, Prestadores de Servicios, y en los casos de programas de fomento a la Salud, estos serán coordinados única y exclusivamente entre la Aseguradora y la empresa o colectividad contratante del seguro.

El producto **Médica**, contempla dentro de sus coberturas todas o alguna de las siguientes:

1. Consulta Médica
2. Médico a Domicilio
3. Enfermera a Domicilio
4. Ambulancia Terrestre
5. Lentes
6. Laboratorio y Gabinete: a) Cobertura de Cuadro Básico, o  
b) Cobertura de Cuadro Abierto.

7. Farmacias: a) Cobertura de Cuadro Básico de Medicamentos, o b) Cobertura de Cuadro Abierto de Medicamentos.

Cada una de estas coberturas pueden comercializarse con o sin pago por parte del asegurado, es decir con o sin Coaseguro específico para cada cobertura o bien, con o sin deducible alguno, en ambos casos por riesgo y/o evento, además cada una de estas coberturas pueden contratarse al inicio o durante la vigencia de la Póliza, lo cual se hará constar en el Endoso correspondiente.

Asimismo, todo producto estará integrado por dos elementos, a saber:

1. **Póliza de Seguros, y**
2. **Membresía de Salud**, como una actividad análoga y conexas.

La **Póliza de Seguros** es la materia del presente documento, contendrá las especificaciones y alcances por riesgo y/o evento, de cada una de las coberturas indicadas.

La **Membresía de Salud** se conceptualiza como el servicio proporcionado al Asegurado bajo la coordinación de La Aseguradora pero, como un servicio contratado con La Aseguradora, y con esta membresía La Aseguradora se compromete con todos y cada uno de los asegurados a:

1. Poner a su disposición, la Red Médica y Odontológica de La Aseguradora que otorga Servicios Médicos adicionales y complementarias a las ofrecidas en el contrato de seguros y que no hayan sido contratados en la póliza originalmente, tales como descuentos en servicios de Ambulancias, Medicamentos, Estudios de Laboratorio etc.

Es decir, esta membresía es garantía de que el asegurado contará permanentemente, mientras mantenga esa condición, de precios especiales con descuentos, para todo aquel tratamiento o servicio médico u odontológico que requiera y que no se encuentre incluido en los cuadros básicos amparados por la póliza de Seguros.

2. Permanentemente contará con un servicio de asesoría telefónica, médica u odontológica, a la hora y día que el propio afiliado lo requiera, durante cada una de las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año.

3. Coordinar toda consulta o servicio médico u odontológico que requiera el afiliado y/o sus dependientes Asegurados, por servicios que aún cuando no se hayan contratado en la cobertura de la póliza, estén incluidos en la Membresía Médica.

Como puede observarse de la descripción, la **Membresía de Salud** no conlleva responsabilidad de riesgo alguno para La Aseguradora.

Dicha membresía tiene un costo específico, mismo que para cada negocio suscrito se lo determina La Aseguradora en función a la relación comercial establecida con los clientes, lo cual en un momento dado puede implicar que a criterio de La Aseguradora se cobre o no dicho costo.

Es importante mencionar que actualmente, en el mercado Mexicano no existe experiencia ni registros estadísticos publicados respecto de los seguros de salud, bajo este esquema, es práctica común de los Actuarios en seguros, el utilizar estadísticas que representen al comportamiento de las variables que se desean medir, y a falta de estadísticas públicas se utilizará la generada por la propia experiencia acumulada por la empresa en su etapa de Administradora de Servicios Prepagados de Salud, este principio obliga a una Aseguradora a mantener una mayor y estrecha vigilancia en los resultados obtenidos por la suscripción que en la operación se genere.

En función de lo anterior, la presente nota técnica, se plantea como una **Nota Técnica Experimental**, misma que tendrá un seguimiento mensual, a efecto de que, de ser necesario se realicen los ajustes pertinentes en forma oportuna.

## **CARACTERISTICAS GENERALES DE LA COMERCIALIZACION DE LOS PLANES DE SEGUROS DE GRUPO "PLAN MÉDICA"**

### **Mercado Potencial:**

- a) Empleados u obreros de un mismo patrón o empresa o grupo empresarial, los grupos formados por una misma clase en razón a su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Sindicatos, uniones, o agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones ó grupos.

- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

En los casos mencionados en los incisos b) al d), los grupos asegurables deben de integrarse con al menos el 75% de los miembros que lo conformen.

#### **Canales de distribución:**

La forma de comercialización de estos productos, será a través de los sistemas tradicionales de venta, es decir, por conducto de Agentes y/o Corredores de Seguros, a quienes se identifican como Proponentes ante la Aseguradora, siendo ellos quienes se encargarán de dar a conocer las características generales, funcionamiento y ventajas de las coberturas, o bien mediante trato directo de la Compañía con los Clientes.

#### **Características:**

1. Es facultad del Contratante de la Póliza, el determinar el tipo de plan, coberturas, así como el número y empleados que incluirá en la póliza de que se trate, situación que invariablemente se especificará en la solicitud de emisión correspondiente.
2. Asimismo, el Contratante de la Póliza, especificará si el plan debe llevar o no un deducible a cargo del Asegurado, que podrá ser especificado en porcentaje o en valor absoluto, respecto de los costos que para La Aseguradora representa el servicio de que se trate. Además si dicho deducible es por "riesgo" o si es por una sola vez al año.
  - a. Se entiende un "riesgo" como un servicio a proporcionar a un asegurado en cada ocasión que demande el servicio de alguna de las coberturas amparadas por la póliza.
  - b. Se entenderá como deducible único al año a cargo del Asegurado, como el porcentaje o monto total que pagará el asegurado en una única ocasión por año de vigencia, en la primera ocasión que requiera uno de los servicios básicos amparados por las coberturas contratadas.

3. Adicionalmente, el Contratante de la Póliza también determinará si el plan que contrate debe llevar o no, un Coaseguro a cargo del Asegurado por cada riesgo o evento, o si este Coaseguro es único al año, en caso de este sea el caso, se especificará a detalle en la Solicitud de emisión correspondiente.
4. El objeto de cualquiera de las coberturas incluidas en el PLAN MÉDICA es el cubrir los gastos que realicen los asegurados por los servicios incluidos en las coberturas detalladas e incluidas en el plan contratado, y hasta por los límites máximos de responsabilidad especificados en las Condiciones generales, o particulares de la póliza, o bien en los endosos correspondientes.
5. Salvo especificación detallada en la propia póliza, en las condiciones particulares de la misma, o bien en los endosos correspondientes, las coberturas no cubren preexistencia, entendiéndose ésta como aquella enfermedad :
  - a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
  - b) Por la cual se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de la vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan o no desaparecido, y/o
  - c) Aquella cuyos síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos para el asegurado, previo a la vigencia de la póliza, o en opinión del médico tratante.
6. Por mandato de La Aseguradora Seguros de Salud, y con el objeto de controlar los costos de las coberturas, así como el uso de los servicios amparados por las coberturas contratadas, La Aseguradora , administrará las citas y servicios a otorgar bajo un esquema de sistema cerrado de Gestión de Citas, esto es, La Aseguradora vigilará que los asegurados sólo podrán acudir a recibir los beneficios amparados, con los prestadores de servicios médicos de la Red que al respecto se pone a disposición de ellos o que en caso de que alguno de los asegurados requiera del uso de prestadores de servicios fuera de la Red, atendiendo a la libertad de elección que conforme a derecho tiene el asegurado, previa autorización de La Aseguradora, se facilitará la atención, o bien para obtener una segunda opinión médica con médicos fuera de nuestra Red de Prestadores de Servicio, en cuyo caso, la responsabilidad

máxima de la compañía será igual a la establecida como el límite máximo de responsabilidad que por riesgo y/o eventos se estipule en la póliza, o en las Condiciones Generales o endosos específicos de la Póliza contratada, deduciendo los coaseguros y/o deducibles respectivos.

7. La casuística siniestral o Siniestralidad, es un fiel registro de las diferentes reclamaciones de los servicios solicitados por los Asegurados, y de los pagos efectuados por los Servicios proporcionados por los diferentes Prestadores de Servicios Médicos.

**ESTRUCTURA DE LAS COBERTURAS DEL  
PLAN DE SEGURO MÉDICA**

COBERTURAS	OPCIONES DE COASEGURO	DEDUCIBLES <sup>1</sup>	PERIODOS DE ESPERA	LÍMITE MÁXIMO O RESTRICCIONES
Consulta Médica por año de	[0,100% del costo)	0		Máximo 11 Servicios vigencia
Médico a Domicilio	[0,100% del costo)	0		Máximo 10 Servicios por año de vigencia
Enfermera a Domicilio	[0,100% del costo)	0		Máximo 30 Servicios por año de vigencia
Ambulancia Terrestre	[0,100% del costo)	0		Máximo 10 Servicios por año de vigencia
Laboratorio y Gabinete				
• Cuadro Básico vigencia	[0,100% del límite)	0		\$2,763.00 por año de vigencia
• Cuadro Abierto	[0,100% del límite)			\$ 10,000.00 por año de vigencia
Lentes	[0,100% del costo)		6 MESES	UNA VEZ AL AÑO <sup>3</sup>
Medicamentos				
• Cuadro Básico vigencia	[0,100% del límite)			\$1,200.00 por año de vigencia
• Cuadro Abierto vigencia	[0,100% del límite)			\$8,000.00 por año de vigencia

<sup>1</sup> En caso de usar deducible, éste se manejará en los términos que se pacte en el contrato abierto, específico y se indicará o convertirá en porcentaje del costo de coberturas básicas amparadas.

<sup>2</sup> Valor máximo (\$zzz,zzz.zz , xx% del salario mínimo mensual vigente en la zona del D. F)

### TABLA DE HONORARIOS POR COBERTURA

Los servicios de salud que proporciona la Aseguradora son soportados a través de una Red de Prestadores de Servicios que ha conformado mediante convenios pactados con cada uno de ellos, convirtiéndose entonces en contratos, algunos prototipos de dichos contratos se muestran en el apartado correspondiente, parte fundamental de éstos contratos, es el precio preferencial que el prestador de servicios cobrará al Asegurado, si éste no tiene en su cobertura contratado servicios del tipo que proporcione el prestador de servicios, adicionalmente, se especifica el costo que tendrá el servicio siempre que la Aseguradora participe como responsable directo de proporcionar la cobertura a sus Asegurados. A la fecha del presente documento, los costos pactados son los siguientes:

COBERTURA	HONORARIOS O COSTO PER CÁPITA PACTADOS
Consulta con Especialistas	\$ 200.00
Médico a Domicilio	\$ 1,000.00
Ambulancia Terrestre	\$ 1,000.00
Laboratorio y Gabinete	
• Cuadro Básico	\$ 600.00
• Cuadro Abierto	\$ 4,000.00
Lentes	\$ 1,300.00 ó el 85% Del salario mínimo mensual del d. F. (el mayor de ellos)
Medicamentos	
• Cuadro Básico	\$ 1,500.00
• Cuadro Abierto	\$ 4,000.00
Enfermera a Domicilio	\$ 400.00



## DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS

Las coberturas están diseñadas para que los asegurados reciban servicios médicos y conexos de calidad, y que les permitan satisfacer sus necesidades preventivas, curativas y de rehabilitación de la salud.

### **Consulta Médica (Consultas o Consulta con Especialistas o Consulta con Médico Especialista)**

El objeto de esta cobertura es cubrir única y exclusivamente, los gastos que por consulta médica deba erogar el asegurado por cada visita que éste haga, a un Médico General o Médico Especialista por cualquier afección de su salud, no importando si el padecimiento del asegurado es preexistente o no.

### **Médico a Domicilio**

El objeto de esta cobertura es cubrir los Honorarios Médicos por concepto de consultas médicas a domicilio que necesite el asegurado con un Médico General por cualquier afección de su salud por circunstancias fortuitas o bien debido a que se trate de pacientes afectados en su integridad biopsicomotora o funcional, (ancianos, etc.), y que necesiten atención inmediata directamente en su Domicilio.

La cobertura proporciona la visita de un Médico General en el Domicilio del Asegurado, a efecto de valorar médicamente al paciente y en su caso, referirlo a uno de los prestadores de Servicios Médicos de la Red o bien le prescribe medicamentos y/o lo refiere a los Laboratorios y/o Gabinetes de la Red.

### **Ambulancia Terrestre**

Esta Cobertura cubre los gastos por los Servicios de Ambulancia que necesite el asegurado, para un traslado extra hospitalario terrestre, siempre y cuando se trate de un caso de atención inmediata de estabilización de pacientes que requieran traslados normales o de pacientes en terapia intensiva.

### **Lentes**

En caso de que el Asegurado requiera el uso de lentes por padecer deficiencia visual, esta cobertura cubre, previa valoración oftalmológica, el costo de proporcionar al paciente los lentes mencionados hasta por un valor igual a la Límite Máximo de Responsabilidad especificada en la Póliza o sus endosos o en las condiciones particulares correspondientes.

### **Laboratorio y Gabinete**

Mediante esta cobertura se cubre la erogación que pudiera llegar a realizar el Asegurado con motivo de requerir se le practiquen estudios de laboratorio y/o Gabinete, referenciados por un Médico General o Médico Especialista de la Red, que lo haya atendido previamente.

La Cobertura se otorgará conforme a Cuadro contratado en la Póliza de que se trate, mismo que puede ser el Cuadro Básico de Laboratorio y Gabinete, o el Cuadro Abierto de Laboratorio y Gabinete; el detalle del contenido de dichos cuadros que se especificarán en el endoso correspondiente.

### **Medicamentos**

Esta Cobertura cubre los gastos que pudiera realizar el Asegurado con motivo de obtener los medicamentos que le prescriba en Receta Médica, el Médico General o Médico Especialista de la Red o el Médico Autorizado por la Aseguradora que haya atendido al Asegurado.

Esta cobertura se puede contratar en uno de los dos esquemas siguientes: Cuadro Básico de Medicamentos, o Cuadro Abierto de Medicamentos.

### **Enfermera a Domicilio**

El objeto de esta cobertura es proporcionar los servicios de una Enfermera por concepto de atención y cuidados de enfermería a domicilio que necesite el asegurado por cualquier afección de su salud.

Este es un servicio programado con al menos un día de anticipación y en turnos de cuando más ocho horas continuas, con un máximo de treinta turnos por año de vigencia de la póliza o en su caso, a lo que al respecto se estipule en las condiciones particulares de la póliza o en los endosos relativos que al efecto se emitan.



- Si el Contratante decide que no se incluya la totalidad de los servicios, entonces el costo de las consultas no incluidas afectará directamente a la tarifa de la cobertura.
- En el caso de que el contratante decida que la póliza lleve un Copago y/o un Deducible, éstos afectarán única y exclusivamente a las consultas en las que la póliza no las incluya como contratadas sin pago alguno del Asegurado.

Sobre esta base, las fórmulas para calcular las primas que determinen el monto a cobrar, además de depender de las propias características del contrato de seguros que se celebre, compromete a calcular por separado, la prima de los servicios contratados sin pago adicional de ninguna clase por parte del Asegurado, y por otro lado, calcular la prima de aquellos servicios en que el Asegurado si deba realizar algún pago adicional, sea por coaseguro y/o por deducible.

En el cálculo de las primas anuales de la cobertura se dividirá en dos etapas:

1. Calcular la **prima de riesgo promedio global**, que debiera ser cobrada en cualquier seguro por esta cobertura, de conformidad con la estadística que se utilice,
2. **Prima diferenciada por volumen de asegurados:** La forma en que se comercializará estos seguros, será mediante un descuento directo a la prima dependiendo del número de personas que se aseguren bajo un mismo contrato de seguros, ya sea en forma global o por grupos asegurables de un mismo agregado de personas asegurables.  
Sin embargo, dado que en los cálculos de la prima de riesgo promedio global se parte de una experiencia propia acumulada bajo un esquema de una compañía no Aseguradora, situación que podría a la larga derivar en desviaciones en la siniestralidad ocurrida, de los riesgos asumidos, en consecuencia, el descuento por volumen se determinará en forma tal que la prima de riesgo global no resulte afectada, es decir, primeramente se incrementará dicha prima de riesgo promedio global, y sobre la prima resultante se hará el descuento por volumen mencionado.

Para efectos de determinar la **prima de riesgo promedio global** de esta cobertura, se obtuvo y consolidó contablemente el registro estadístico de la Emisión de Pólizas y el registro de Siniestros ocurridos y pagados en el

lapso de tres años consecutivos, bajo este esquema se revisaron, diferenciaron y consolidaron todos los registros de siniestros, y se obtuvieron cuadros de control para cada año bajo análisis, siendo el resumen final de dicha consolidación, el mostrado en el cuadro siguiente:

## RESUMEN DE LA REVISIÓN, DIFERENCIARON Y CONSOLIDACIÓN DE LOS REGISTROS DE SINIESTROS

FECHA DE REGISTRO	TOTAL REGISTRADO CONTABLEMENTE	TOTALES INCLUIDO EN EL REGISTRO CONTABLE Y QUE EN SU FECHA DE REGISTRO NO SE DIFERENCIÓ, NI SE VERIFICÓ SU VALIDEZ				
		MONTO SOLICITADO A PAGAR POR SINIESTROS	DESCUENTO DEL PRESTADOR DE SERVICIOS INCLUIDO EN CIFRAS CONTABLES	I.V.A. INCLUIDO CONTABLEMENTE SIN DIFERENCIAR Y SIN REGISTRO CONTABLE	I.S.R. INCLUIDO SIN DIFERENCIAR Y SIN REGISTRO CONTABLE	MONTO DE DIFERENCIA ACLARADA INCLUIDA EN TOTAL REGISTRADO CONTABLE
FECHA 1	126,263.21	94,253.50	145.21	18,917.70	12,611.80	335.00
FECHA 2	112,004.74	83,403.69	1,187.34	16,622.61	11,081.74	-290.64
FECHA 3	171,583.69	123,559.83	947.40	25,595.44	17,063.63	4,417.39
FECHA 4	184,338.58	135,499.30	3,158.87	27,176.96	18,117.97	385.48
FECHA 5	109,992.58	81,695.49	2,674.04	16,097.78	10,731.85	-1,206.58
FECHA 6	180,138.81	131,508.28	1,130.19	26,851.29	17,900.86	2,748.19
FECHA 7	215,861.21	154,337.76	2,586.55	31,991.20	21,327.47	5,618.24
FECHA 8	212,730.51	159,477.84	1,964.48	31,614.90	21,076.60	-1,403.32
FECHA 9	144,384.16	108,777.50	1,648.88	21,410.29	14,273.53	-1,726.04
FECHA 10	221,392.61	161,739.89	2,238.10	32,873.18	21,915.45	2,625.99
FECHA 11	144,364.35	110,329.19	4,425.16	20,990.88	13,993.92	-5,374.80
FECHA 12	224,346.06	163,637.87	5,592.61	32,813.02	21,875.35	427.22
<b>TOTALES</b>	<b>2,047,400.51</b>	<b>1,508,220.13</b>	<b>27,698.83</b>	<b>302,955.25</b>	<b>201,970.17</b>	<b>6,556.13</b>

FECHA DE REGISTRO	TOTALES QUE EN SU CASO, DEBIÓ REGISTRARSE CONTABLEMENTE, CIFRAS USADAS PARA CALCULOS DE TARIFA						
	POR RECLAMACIONES DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	POR I.V.A.	POR I.S.R.	POR INCREMENTOS A RESERVAS	POR DECREMENTO O A RESERVAS DEBIDO A DESCUENTOS DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	POR DECREMENTO O A RESERVAS	MONTO TOTAL POR RECLAMACIONES, IMPUESTOS Y AJUSTES
FECHA 1	89,088.05	18,917.70	12,611.80	5,690.24	145.21	0.00	126,453.00
FECHA 2	78,279.92	16,622.61	11,081.74	3,645.79	1,187.34	-290.64	110,526.76
FECHA 3	120,535.17	25,595.44	17,063.63	10,912.04	947.40	0.00	175,053.68
FECHA 4	127,982.90	27,176.96	18,117.97	5,128.49	3,158.87	0.00	181,565.19
FECHA 5	75,808.37	16,097.78	10,731.85	2,006.50	2,674.04	-1,206.58	106,111.96
FECHA 6	126,449.27	26,851.29	17,900.86	9,425.19	1,130.19	0.00	181,756.81
FECHA 7	150,654.34	31,991.20	21,327.47	12,333.34	2,586.55	0.00	218,892.90
FECHA 8	148,882.28	31,614.90	21,076.60	7,227.76	1,964.48	-1,403.32	209,362.71
FECHA 9	100,826.27	21,410.29	14,273.53	4,576.31	1,648.88	-1,726.04	141,009.24
FECHA 10	154,807.79	32,873.18	21,915.45	9,945.99	2,238.10	0.00	221,780.50
FECHA 11	98,851.15	20,990.88	13,993.92	1,678.08	4,425.16	-5,374.80	134,564.39
FECHA 12	154,524.48	32,813.02	21,875.35	4,375.21	5,592.61	0.00	219,180.67
<b>TOTALES</b>	<b>1,426,690.00</b>	<b>302,955.25</b>	<b>201,970.17</b>	<b>76,944.94</b>	<b>27,698.83</b>	<b>-10,001.38</b>	<b>2,026,257.81</b>

Es importante mencionar que los montos de siniestros pagados corresponden a los pagos netos efectivamente realizados por la empresa, es decir, deducidos ya de todo coaseguro y/o deducible, esto se toma en cuenta para que al momento de la validación de estas cifras contra la emisión, se rescatasen los valores de los parámetros deducible y coaseguro, a efecto de adicionar sus montos a los cuadros resultantes, EN EL CUADRO resumen de emisión a la suma de los montos efectivamente pagados mas los deducibles y coaseguros descontados, se identifican como "Monto pagado elevado al 100%".

En lo concerniente a la Cartera de Emisión, también se procedió a revisar, diferenciar y consolidar todos los registros correspondientes, y las cifras globales obtenidas de dicha depuración se refleja en el cuadro siguiente.

**DISTRIBUCIÓN EN LA COBERTURA DE CONSULTAS, DE ASEGURADOS, CLIENTES  
Y SINIESTROS  
POR RANGOS DE ASEGURADOS POR CLIENTES**

RANGOS DE ASEGURADOS POR CLIENTE		TOTAL DE CLIENTES EN EL RANGO	TOTAL DE ASEGURADOS EN EL RANGO	NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO POR COASEGURO Y DEDUCIBLES	TOTAL DEL MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%
	50	77	1,472	1,192	190,182	19,601	209,783
51	100	30	2,018	848	417,454	100,933	518,387
101	200	39	5,426	835	133,106	65,790	198,896
201	350	26	6,533	1,046	112,711	102,703	215,414
351	500	13	5,420	618	132,100	8,567	140,667
501	800	11	5,880	346	56,255	11,222	67,477
801	1000	2	1,653	1,646	322,568	98,064	420,632
1001	2000	5	6,235	371	62,314	50,107	112,421
2001	En adelante	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>203</b>	<b>34,637</b>	<b>6,902</b>	<b>1,426,690</b>	<b>456,987</b>	<b>1,883,677</b>

Posteriormente, se procedió a determinar la frecuencia y costo por el uso de esta cobertura por cada asegurado, encontrándose las incidencias que se muestran en el cuadro "Distribución de uso de los servicios de consulta".

En dicho cuadro se presentan los casos y costos de los mismos, de aquellos asegurados que durante el lapso bajo análisis usaron una vez los servicios de consulta; los datos de aquellos que usaron dos veces dicho servicio; tres veces, etcétera.

Como se puede apreciar en el renglón denominado "NO DETERMINADA", se incluyeron aquellos casos en los cuales no fue posible determinar si se trataba de un mismo o de diferentes asegurados, sin embargo la estadística fue tomada en consideración.

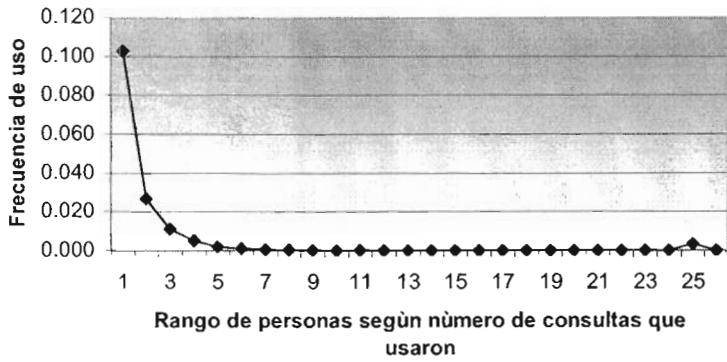
**DISTRIBUCIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE CONSULTA POR UN MISMO ASEGURADO**

Veces en que uso el servicio una misma persona	EXPUESTOS AL RIESGO	Incidencias en el periodo de tres años consecutivos					Monto total pagado y costo de cada incidencia en el periodo de tres años consecutivos			
		Consultas efectuadas		PROMEDIO DE CONSULTAS POR PERSONA	Asegurados que usaron el servicio		Costos			Monto total pagado en cada incidencia
		Número	Frecuencia Relativa a la Exposición al Riesgo		Número de Personas	Frecuencia Relativa a la Exposición al Riesgo	Promedio Anual por persona expuesta	Medio Anual del Servicio	Medio Anual por persona siniestrada	
1	4,446	3,563	0.102863907	1	3,563	0.10286	\$14.38	\$139.78	\$139.78	\$498,029.00
2	1,150	1,844	0.053236330	2	922	0.02662	\$7.45	\$139.89	\$279.77	\$257,949.00
3	475	1,143	0.032998441	3	381	0.01100	\$4.66	\$141.19	\$423.57	\$161,379.00
4	217	696	0.020093539	4	174	0.00502	\$2.71	\$134.63	\$538.53	\$93,705.00
5	86	345	0.009960159	5	69	0.00199	\$1.39	\$139.84	\$699.20	\$48,245.00
6	52	252	0.007275247	6	42	0.00121	\$0.96	\$132.24	\$793.45	\$33,325.00
7	29	161	0.004648074	7	23	0.00066	\$0.60	\$128.48	\$899.35	\$20,685.00
8	22	144	0.004157284	8	18	0.00052	\$0.62	\$149.53	\$1,195.28	\$21,533.00
9	7	54	0.001558981	9	6	0.00017	\$0.23	\$147.69	\$1,329.17	\$7,975.00
10	4	30	0.000866101	10	3	0.00009	\$0.13	\$152.50	\$1,525.00	\$4,575.00
11	9	77	0.002222992	11	7	0.00020	\$0.27	\$121.10	\$1,332.14	\$9,325.00
12	4	36	0.001039321	12	3	0.00009	\$0.16	\$153.47	\$1,841.67	\$5,525.00
13	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
14	2	28	0.000808361	14	2	0.00006	\$0.12	\$150.89	\$2,112.50	\$4,225.00
15	2	30	0.000866101	15	2	0.00006	\$0.12	\$142.50	\$2,137.50	\$4,275.00
16	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
17	1	17	0.000490790	17	1	0.00003	\$0.03	\$70.00	\$1,190.00	\$1,190.00
18	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
19	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
20	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
21	1	21	0.000606271	21	1	0.00003	\$0.09	\$153.57	\$3,225.00	\$3,225.00
22	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
23	-	-	0.000000000	0	-	0.00000	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
24	1	24	0.000692881	24	1	0.00003	\$0.10	\$151.04	\$3,625.00	\$3,625.00
No determinada	145	116	0.003348923	1	116	0.00335	\$7.16	\$2,137.07	\$2,137.07	\$247,900.00
No requirieron Servicio	27,983	0	0.0	0	0	0.0	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
<b>Total</b>	<b>34,638</b>	<b>8,581</b>	<b>0.2477337</b>	<b>7</b>	<b>5334</b>	<b>0.15389</b>	<b>\$41.19</b>	<b>\$166.26</b>	<b>\$267.47</b>	<b>\$1,426,690.00</b>

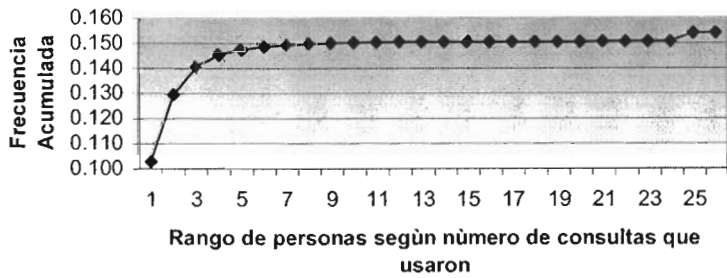
Respecto del uso de las consultas para un mismo asegurado, a partir de la estadística presentada, se pueden observar las gráficas siguientes:



**Frecuencia de uso del servicio de consultas por una misma persona**



**Distribución acumulativa del número de personas que usaron el servicio de consulta**



Del cuadro de datos mostrado, puede observarse que el promedio de consultas por persona demandante del servicio, PCPDS, es igual a

$$\text{PCPDS} = \frac{8581}{5334} = 1.6087$$

Recordando que en una población con distribución normal, en la que  $\mu$  es su media, y  $\sigma$  su desviación estándar, el 95.45% de sus elementos se concentran en  $(\mu - 2\sigma, \mu + 2\sigma)$ , y virtualmente el 99.73% de dicha población se encuentra registrada en  $(\mu - 3\sigma, \mu + 3\sigma)$ , y esta aseveración es generalmente aceptada para otras distribuciones.

De la estadística mostrada, puede observarse que si basamos el cálculo exclusivamente en el promedio de consultas de las personas que efectivamente usaron el servicio, encontramos que  $\mu = 7$ ,  $\sigma = 7.1355915$  y en consecuencia:

$$\mu - 2\sigma = -7.47, \text{ y } \mu + 2\sigma = 21.07$$

$$\mu - 3\sigma = -14.61, \text{ y } \mu + 3\sigma = 28.21$$

Es decir, el 95.45% de la población que usó el servicio equivale a que usaron hasta 21 servicios de consulta médica, mientras que el 99.73%, de dicho uso fue de hasta 28 servicios de consulta.

Sin embargo este enfoque, se desvía del contexto del análisis de la población expuesta al riesgo, y ubica dicho análisis solo en la población que usó el servicio, y el tomarlo como punto de partida equivaldría a no considerar la difusión del riesgo entre todos los asegurados expuestos al riesgo; considerar este último enfoque arrojaría los resultados siguientes:

$$\mu = 0.0099, \sigma = 0.0229$$

$$\mu - 2\sigma = -0.0360, \text{ y } \mu + 2\sigma = 0.0559$$

$$\mu - 3\sigma = -0.0590, \text{ y } \mu + 3\sigma = 0.0788$$

es decir, considerando la totalidad de los expuestos al riesgo, hasta el 99.73% inclusive no usaría una consulta al año.

Ambas situaciones se consideran extremas, dada la experiencia de los tres años de operación analizados, por tanto, se tomará un enfoque a partir de los percentiles, de la experiencia en las reclamaciones.

Como se puede observar, se tienen 25 diferentes rangos para el número de uso, correspondientes a 24 datos perfectamente identificados y un rango de los no identificados. El 96.8% de los casos observados es igual a:  $8,581 * .968 = 8,306.4$ , y esto ocurre al considera desde el rango uno al rango once.

En este sentido, **se define** como el número máximo de consultas a realizar por un asegurado al momento de ingresar al seguro de grupo, es igual a once (11).

Es importante observar que en este supuesto se están considerando tanto las consultas que se otorguen sin pago por parte del asegurado, como aquellas en las que dicho asegurado participará con un Coaseguro en cada consulta recibida.

Independientemente de establecer el número máximo de consultas que se deben incluir en la cobertura, también es sumamente importante el ponderar la forma en que debe valuarse la utilización del servicio de consulta por un mismo Asegurado-Paciente.

Del cuadro estadístico, se obtiene que la probabilidad empírica o frecuentista promedio, del uso de Consultas por asegurado (use o no use el servicio),

$\bar{P}U$ , es igual a

$$\bar{P}U = \frac{\sum E_i}{TE} = \frac{8,581}{34,638} = 0.2477337$$

Donde:

CEi = Numero de Consultas efectuadas en el rango i

TE = Total de Asegurados expuestos al riesgo

Precisamente de conformidad con el cuadro " Distribución del uso de los servicios de consulta ", la probabilidad empírica del uso de la cobertura de consulta, por una misma persona,  $P_{U_{in}}$ , en cada rango de consulta es:

TABLA DE DISTRIBUCIÓN DEL USO DE N SERVICIOS DE CONSULTA  
POR UNA MISMA PERSONA

consultas para la misma persona	porcentaje de uso de Consulta $PU_{IN}$	consultas para la misma persona	porcentaje de uso de Consulta $PU_{IN}$
1	0.102863907	13	0.000000000
2	0.053236330	14	0.000808361
3	0.032998441	15	0.000866101
4	0.020093539	16	0.000000000
5	0.009960159	17	0.000490790
6	0.007275247	18	0.000000000
7	0.004648074	19	0.000000000
8	0.004157284	20	0.000000000
9	0.001558981	21	0.000606271
10	0.000866101	22	0.000000000
11	0.002222992	23	0.000000000
12	0.001039321	24	0.000692881

Cada uno de estos valores fue calculado de conformidad a la fórmula siguiente:

$$PU_{iN} = \frac{CE_i}{TE}$$

Precisamente por lo comentado, el Costo Medio de Consultas por Asegurado use o no use el servicio, CMC, es igual a

$$CMC = \frac{\text{Monto Total Pagado}}{\text{Total de Expuestos}} = \frac{1'426,690}{34,638} = 41.188579 = 41.19$$

En función de lo anterior, la prima de riesgo Promedio, PRP, se calcula con la fórmula siguiente:

$$PRP = CMC * [(1 + PU_{IN}) * (1 + \bar{PU}) - 1] * [N + (1 - D - C) * (M - N)]$$

En donde:

N = Número de consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado.

CMC= Costo Medio de consultas por asegurado (use o no use el servicio).

$PU_{IN}$  = Probabilidad de uso de la Consulta, por una misma persona.

D = Porcentaje de deducible contratado.

C = Coaseguro contratado para las consultas con pago por parte del asegurado, es importante mencionar que en el caso de que el Coaseguro se especifique en monto absoluto, se deberá obtener dicho porcentaje en función del costo de la cobertura.

M = Número de consultas máximas consideradas en la cobertura.

$\bar{PU}$  = Probabilidad de uso de consultas por Asegurado use o no use el servicio.

Recordando que esta Prima de Riesgo es dinámica, y válida para toda combinación de Servicios sin pagos, Deducibles y Coaseguros, se plantea, a manera de ejemplo, uno de los esquemas que se comercializarán bajo la denominación de "Médica Óptimo", cuyas características son las siguientes:

Variable determinada por el contratante	Valor Contratado
Número de consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado	5
Porcentaje de coaseguro contratado para las consultas	$\frac{150}{200} = 0.75$
Porcentaje de deducible contratado	0

Con base en el desarrollo planteado, se tiene que los valores de las variables restantes son los siguientes:

<b>Variable de Cálculo</b>	<b>Valor de la Variable</b>
Costo medio de consultas por asegurado (use o no use el servicio)	41.1886
Número de consultas máximas consideradas en la cobertura	11
Probabilidad de uso de la consulta, por una misma persona que podría usar hasta 5 consultas, valor tomado de la TABLA DE DISTRIBUCIÓN DEL USO DE N SERVICIOS DE CONSULTA POR UNA MISMA PERSONA, correspondiente a N = 5	0.009960159
Probabilidad de uso de consultas por Asegurado (use o no use el servicio)	0.2477337
Costo de la cobertura	200

En consecuencia, la Prima de Riesgo Promedio es:

$$PRP = 41.1886 * [(1 + 0.009960159) * (1 + 0.2477337) - 1] * \{5 + (1 - 0.75) * (11 - 5)\}$$

Es decir,

$$\begin{aligned} PRP &= 41.1886 * (0.260160993) * (5 + .25 * 6) \\ &= 10.71566707 * 6.5 \\ &= 69.65 \end{aligned}$$

Otro de los esquemas que se comercializarán bajo la denominación de "Medica Plus", cuyas características son las siguientes:

<b>Variable determinada por el contratante</b>	<b>Valor Contratado</b>
Número de consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado	Todos los Servicios
Porcentaje de coaseguro contratado para las consultas	0
Porcentaje de deducible contratado	0

En base al desarrollo planteado, se tiene que los valores de las variables restantes son los siguientes:

<b>Variable de Cálculo</b>	<b>Valor de la Variable</b>
Costo medio de consultas por asegurado (use o no use el servicio)	41.1886
Número de consultas máximas consideradas en la cobertura	11
Probabilidad de uso de la consulta, por una misma persona que podría usar hasta 5 consultas, valor tomado de la TABLA DE DISTRIBUCIÓN DEL USO DE N SERVICIOS DE CONSULTA POR UNA MISMA PERSONA, correspondiente a N = 11	0.002222992
Probabilidad de uso de consultas por Asegurado (use o no use el servicio)	0.2477337
Costo de la cobertura	200

En consecuencia, la Prima de Riesgo Promedio es:

$$PRP = 41.1886 * [(1 + 0.002222992) * (1 + 0.2477337) - 1] * \{11 + (1 - 0) * (11 - 1)\}$$

$$= 41.1886 * 0.250507402 * (11 + 0) = 113.50$$

CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO DIFERENCIADA POR VOLUMEN DE ASEGURADOS

Con un fin puramente comercial, y considerando que en forma ulterior la Aseguradora, utilizará tarifas en función a volúmenes de asegurados para cada negocio, se calcularán primas de riesgo promedio para cada rango de asegurados, y en los cuales, se considerará que:

1. Las tarifas comerciales resultantes garanticen la prima de riesgo promedio.
2. Se ofrezcan tarifas decrecientes en función al volumen de asegurados por negocio, y
3. Se garantice un mayor margen de seguridad, esto se logra al considerar en cada rango, un porcentaje adicional a la prima de riesgo promedio.

Con el propósito de determinar dicho costo adicional, se establecerá una estimación lineal decreciente, a partir de los datos que muestran la evolución de los volúmenes de asegurados en cada rango, considerándolas como una estadística de orden decreciente. La estadística de orden a considerar es la siguiente:

NÚMERO DE RANGO	ESTADÍSTICA DE ORDEN DE ASEGURADOS
1	6,534
2	6,235
3	5,880
4	5,426
5	5,420
6	2,018
7	1,653
8	1,472

A partir de dichos volúmenes, primeramente se utilizará un suavizamiento a los datos de orden y a un cálculo ulterior de media móvil de grado tres.

La media móvil de grado tres es la siguiente:

NÚMERO DE RANGO $X_i$	ESTADÍSTICA DE ORDEN DE ASEGURADOS $Y_i$	MEDIA MÓVIL DE ORDEN 3 $Z_i$
1	6,534	
2	6,235	
3	5,880	6,216
4	5,426	5,847
5	5,420	5,575
6	2,018	4,288
7	1,653	3,030
8	1,472	1,714

\*Valores calculados con base en:

$$Z_j = \begin{cases} 0, & \text{si } j \leq 2 \\ (Y_{j-2} + Y_{j-1} + Y_j) / 3, & \text{para } j = 3, 4, \dots, 8. \end{cases}$$



Posteriormente, se obtiene el porcentaje de cambio de un rango a otro, esto es, con base en la tasa de crecimiento encadenado, a efecto de obtener el factor de cambio correspondiente, siendo estos los siguientes:

NÚMERO DE RANGO $X_i$	ESTADÍSTICA DE ORDEN DE ASEGURADOS $Y_i$	MEDIA MÓVIL DE ORDEN 3 $Z_i$	TASA DE CRECIMIENTO ENCADENADO $T_k$
1	6,534		
2	6,235		
3	5,880	6,216	
4	5,426	5,847	0.940586627
5	5,420	5,575	0.953537427
6	2,018	4,288	0.769101997
7	1,653	3,030	0.706700871
8	1,472	1,714	0.565724343

Donde:  $T_k = Z_j / Z_{j-1}$ , para  $j = k$ , y  $k=4,5,\dots,8$ .

Y la media,  $\mu$ , y desviación estándar,  $\sigma$ , de esta variable y de los valores del rango  $X_i$  correspondientes, es igual a:

$$\mu_T = 0.787130253, \sigma_T = 0.163596063$$

$$\mu_X = 6, \sigma_X = 1.581139$$

Al efectuar una regresión lineal sobre la **TASA DE CRECIMIENTO ENCADENADO** y considerando que:

$$\hat{\beta}_0 = \bar{Y} - \hat{\beta}_1 * \bar{X}$$

$$\hat{\beta}_1 = \frac{\sum x_i \cdot y_i}{\sum x_i^2}$$

se obtiene que:

$X_i$	$(X - \mu_x)^2$	$x_i * y_i$	$(y_i - Y)^2$	$(x_i - X)^2$
4	4	-0.306913	0.023549	4.00
5	1	-0.166407	0.027691	1.00
6	0	-	0.000325	-
7	1	-0.080429	0.006469	1.00
8	4	-0.442812	0.049021	4.00
Sumas	10	-0.996561	0.107055	10.00
		$\sqrt{\sum x_i^2 \sum y_i^2} = 1.034672$		

En consecuencia, la recta de regresión es igual a:

$$\beta_0 = 0.787130253 - \frac{-0.996561}{10} * 6 = 1.38507, y$$

$$\beta_1 = \frac{-0.996561}{10} = -0.0996561$$

Entonces, la recta de regresión es:

$$Y_i = 1.38507 - 0.09966 * X_i$$

Donde,

$Y_i$  : = Tasa de crecimiento encadenado

$X_i$  : = Número de rango, para  $i=4,5,6,7,8$ .

El coeficiente de Correlación de Pearson es:

$$r = \frac{\sum x_i * y_i}{\sqrt{\sum x_i^2 \sum y_i^2}}$$

Substituyendo para los valores de las  $x$ 's y de las  $y$ 's, se obtiene que:

$$r = \frac{-0.996561}{1.034672} = -0.963166$$

Lo que da un Coeficiente de Determinación igual a  $R = 0.9277688945$ .

Es decir, la variación explicada por la ecuación de regresión es del orden del 93%, motivo por lo cual, se toma esta regresión para efectos de estimación y pronóstico.

Entonces, utilizando la regresión mencionada, los valores de diferenciación por rango (de uno a diez), son los siguientes:

NÚMERO DE RANGO	TASA DE CRECIMIENTO ENCADENADO	FÓRMULA CON VALORES SUBSTITUIDOS	VALORES DE DIFERENCIACIÓN POR RANGO $F_i$
1		$1.38507 - 0.09966 * 1$	1.2854108
2		$1.38507 - 0.09966 * 2$	1.1857547
3		$1.38507 - 0.09966 * 3$	1.0860986
4	0.940586627	$1.38507 - 0.09966 * 4$	0.9864425
5	0.953537427	$1.38507 - 0.09966 * 5$	0.8867864
6	0.769101997	$1.38507 - 0.09966 * 6$	0.7871303
7	0.706700871	$1.38507 - 0.09966 * 7$	0.6874741
8	0.565778518	$1.38507 - 0.09966 * 8$	0.5878180
9		$1.38507 - 0.09966 * 9$	0.4881619
10		$1.38507 - 0.09966 * 10$	0.3885058

Es importante recordar que la prima neta de cada rango se calcularan de conformidad al esquema de Deducible, Coaseguro, Consultas sin pago que contenga la póliza contratada.

Entonces, las primas de riesgo de cada rango,  $PNR_j$ , se calculará de conformidad a la formula siguiente:

$$PNR_j = PRP * (1 + F_j)$$

A continuación se calculan las primas de riesgo por rango de volumen de asegurados, para los escenarios denominados anteriormente como Médica Óptimo y Médica Plus.

En el esquema del plan **Médica Óptimo**, recordar que  $N = 5$ ,  $C = \$150.00$  y  $D = 0$ , y que su prima de Riesgo Promedio, PRP, es igual a: 69.65.

La tabla de prima de riesgo para cada rango a utilizar es determinada en la forma siguiente:

NÚMERO DE RANGO	LÍMITES DEL RANGO		PRIMAS DE RIESGO	
	DE	A	FÓRMULA	MONTO
1		25	$\frac{69.65}{*(1+1.2854108)}$	\$ 159.18
2	26	50	$\frac{69.65}{*(1+1.1857547)}$	\$ 152.24
3	51	100	$\frac{69.65}{*(1+1.0860986)}$	\$ 145.30
4	101	200	$\frac{69.65}{*(1+0.9864425)}$	\$ 138.36
5	201	350	$\frac{69.65}{*(1+0.8867864)}$	\$ 131.41
6	351	500	$\frac{69.65}{*(1+0.7871303)}$	\$ 124.47
7	500	800	$\frac{69.65}{*(1+0.6874741)}$	\$ 117.53
8	801	1,000	$\frac{69.65}{*(1+0.5878180)}$	\$ 110.59
9	1,001	2,000	$\frac{69.65}{*(1+0.4881619)}$	\$ 103.65
10	MAS DE 2,000		$\frac{69.65}{*(1+0.3885058)}$	\$ 96.71

Considerando el esquema del plan **Médica Plus** las primas netas de cada rango son las siguientes:

Recordar que en este esquema: N = Todos los servicios = 11, C = 0 y D = 0, siendo su prima de Riesgo Promedio, PRP, igual a: 113.50. En consecuencia, la tabla de primas netas es la siguiente:

RANGO	LÍMITES DEL RANGO		PRIMAS DE RIESGO	
	DE	A	FORMULA	MONTO
1		25	$113.50 \cdot (1 + 1.2854108)$	\$ 259.39
2	26	50	$113.50 \cdot (1 + 1.1857547)$	\$ 248.08
3	51	100	$113.50 \cdot (1 + 1.0860986)$	\$ 236.77
4	101	200	$113.50 \cdot (1 + 0.9864425)$	\$ 225.46
5	201	350	$113.50 \cdot (1 + 0.8867864)$	\$ 214.15
6	351	500	$113.50 \cdot (1 + 0.7871303)$	\$ 202.84
7	501	800	$113.50 \cdot (1 + 0.6874741)$	\$ 191.53
8	801	1000	$113.50 \cdot (1 + 0.5878180)$	\$ 180.22
9	1,001	2000	$113.50 \cdot (1 + 0.4881619)$	\$ 168.91
10	Mas de 2,000		$113.50 \cdot (1 + 0.3885058)$	\$ 157.60

Debido a que la tarificación para cada negocio se elabora considerando la totalidad de las coberturas incluidas en el plan que se contrate o cotice, la descripción del cálculo de la prima de tarifa se presentará al término de la descripción del cálculo de las coberturas opcionales.

CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO,

PARA LA COBERTURA: Médico a Domicilio

Como en la mayoría de las coberturas opcionales, es práctica generalizada en la oferta de los Seguros de Gastos Médicos Menores, el ofrecer esta cobertura con algún monto de Coaseguro a cargo del Asegurado, sin embargo puede otorgarse bajo el esquema que el contratante desee, es decir, también se puede contratar esta cobertura si el contratante solicita la inclusión de algunos servicios o de todos los servicios que puedan ocurrir en el lapso de un año de vigencia de la Póliza, sin pago alguno por parte del Asegurado.

Esto conlleva a diseñar una formulación dinámica que refleje fielmente las preferencias de los Contratantes, en el sentido indicado en el párrafo anterior, sin embargo, como se verá más adelante, dado el control del uso del Servicio ya comentado al mostrar los cálculos de la cobertura Básica, se tiene un uso muy racional de esta cobertura, y dado que se estandariza esta cobertura a un uso máximo, la prima de riesgo promedio debe resultar invariante en todos los casos.

Con este fin, se obtuvo la estadística siguiente:

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS INCIDENCIAS EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE MEDICO A DOMICILIO													
Veces en que uso el servicio una misma persona	Incidencia en el período DE 1999 a 2002, de la cobertura												
	EXPUESTOS AL RIESGO	Número de Consultas efectuadas	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA RESPECTO A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO		Monto pagado			Monto pagado elevado al 100%		
				DE LAS PERSONAS QUE CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA PRÁCTICA	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	por la Aseguradora		Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado
									Costo Medio	Costo medio Esperado			
1	38	38	38	0.0010971	0.0010971	1	0.6031746	12,950	340.790	0.373866851	14,950	393.420	0.431606906
2	11	22	11	0.0006351	0.0003176	0.5	0.1746032	10,300	271.050	0.297361280	10,590	278.680	0.305733587
3	1	3	1	8.661E-05	2.887E-05	0.3333333	0.0158730	1,200	31.580	0.034644033	1,200	31.580	0.034644033
Personas que no usaron el servicio	34,588												
<b>Total</b>	<b>34,638</b>	<b>63</b>	<b>50</b>	<b>0.0018188</b>	<b>0.0014435</b>	<b>0.7936508</b>	<b>0.7936508</b>	<b>24,450</b>	<b>388.10</b>	<b>0.705872164</b>	<b>26,740</b>	<b>388.10</b>	<b>0.771984526</b>

Como puede observarse en el cuadro anterior, de los asegurados que utilizaron la Consulta Médica a Domicilio, se tiene que el promedio de

personas que utilizaron esta cobertura, respecto del total de Consultas Médicas otorgadas, es:

$$0.7936508$$

Sin embargo, como se comentó anteriormente el interés de los cálculos desarrollados en la presente Nota Técnica, se refieren a obtener las expectativas al inicio de la contratación del seguro y respecto de la totalidad de los expuestos al riesgo, motivo por lo cual se descarta esta cifra.

Sobre esta base, en la **Tabla 2** puede observarse que el costo medio esperado, CME, se use o no se use, del servicio Médico a domicilio es igual a:

$$CME=0.771984526$$

Asimismo, la probabilidad empírica de que una persona de primer ingreso a una póliza de seguros, use los servicios de Médico a Domicilio, P\_MEDOM, de acuerdo al cuadro de la Tabla 2, es igual a:

$$P\_MEDOM = 0.0018188$$

Sin embargo, considerando que la evolución del servicio médico a domicilio, debe ser un servicio que invariablemente debe proporcionarse cada vez que se solicite, es posible que su comportamiento siga una distribución similar a la de Consulta médica, por lo que con el fin de ser más conservadores en lugar de utilizar la probabilidad de uso indicada por la Tabla 2, 0.0018188, en los cálculos del costo de esta cobertura se utilizará el supuesto de que dicha cobertura al seguir una distribución similar al de Consultas, la probabilidad de uso se supondrá igual al de la Cobertura mencionada, por lo que:

$$P\_MEDOM = 0.2477337$$

En consecuencia, definida la prima promedio de riesgo como:

$$PR\_medom = CME * P\_MEDOM * \{N + [1 - D - C] * (M - N)\}$$

Donde:

N = Número de Consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado.

CME = Costo Medio de Consultas Por asegurado use o no use el servicio.

P\_MEDOM = Probabilidad empírica de que una persona de primer ingreso a una póliza de seguros, use los servicios de Médico a Domicilio.

D = Porcentaje de Deducible contratado.

C = Coaseguro Contratado para las consultas con pago por parte del asegurado, es importante mencionar que en el caso de que el Coaseguro se especifique en valor absoluto, se deberá obtener dicho porcentaje en función del costo de la cobertura, k.

M = Número máximo de Consultas Médicas a Domicilio consideradas en la cobertura.

Por lo tanto, para un esquema como el siguiente:

<b>Variable determinada por el contratante</b>	<b>Valor Contratado</b>
Número de consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado	2
Porcentaje de coaseguro contratado para las consultas	$\frac{200}{1000}$
Porcentaje de deducible contratado	0



<b>Variable de Cálculo</b>	<b>Valor de la Variable</b>
Número máximo de Consultas Médicas a Domicilio consideradas en la cobertura.	10
Costo de la cobertura	1000
Probabilidad empírica de que una persona de primer ingreso a una póliza de seguros, use los servicios de Médico a Domicilio	.2477337
Costo Medio de Consultas Por asegurado use o no use el servicio	0.771984526

Bajo las hipótesis planteadas, la Prima promedio de riesgo de la cobertura de Médico a Domicilio, es

$$PR_{medom} = 0.77198 * 0.2477337 * \{2 + (1 - 0 - 200/1000) * (10 - 2)\}$$

$$= 0.191245462 * (2 + 0.8 * 8)$$

$$= \mathbf{1.606461898}$$

También a manera de ejemplo, se muestra la prima de riesgo promedio para el esquema siguiente:

<b>Variable determinada por el contratante</b>	<b>Valor Contratado</b>
N	Todos los Servicios
C	0
D	0

Variable de Cálculo	Valor de la Variable
M	10
K	1000
P_MEDOM	.2477337
CME	0.771984526

En este caso, por construcción de la Prima promedio, el supuesto de N se traduce en que:

$$N=10$$

En consecuencia,

$$PR\_medom = 0.77198 * 0.2477337 * \{10 + (1 - 0 - 0) * (10 - 10)\}$$

$$= 0.191245462 * 10$$

$$= \mathbf{1.9124546}$$

### CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO.

#### Cobertura: Enfermera a Domicilio

La estadística correspondiente a la experiencia de La Aseguradora, para esta cobertura es la mostrada en la tabla siguiente:

**TABLA 3**  
DISTRIBUCIÓN DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERA A DOMICILIO

Incidencia en el período DE 1999 a 2002													
Voces en que usó el servicio una misma persona	EXPESTOS AL RIESGO	Consultas efectuadas	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA RESPECTO A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA FRECUENCIA		Monto pagado por la Aseguradora			Monto pagado por la Aseguradora, elevado al 100%		
				DE LAS CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA FRECUENCIA	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado
1	2	2	2	0.000055825	0.000055825	1	1	4,855	2,327.50	0.129934	4,955	2,478	0.138307
Total	35,826	2	2	0.000055825	0.000055825	1	1	4,855	2,327.50	0.129934	4,955	2,478	0.138307

En esta cobertura, se define un límite máximo de servicios a proporcionar durante un año de vigencia de la póliza que al efecto se contrate, de treinta servicios, **M**, entendiéndose éste como un turno de ocho horas.

Considerando que:

- el costo por servicio, **K**, es de cuatrocientos pesos, y

- b. durante el lapso bajo análisis existieron 35,826 asegurados que pudieron demandar el servicio, y
- c. que para efectos de establecer un mínimo de expuestos al riesgo durante un año de vigencia de la presente tarifa, se determina que dicho mínimo es igual a 30,000 asegurados.

Las hipótesis establecidas nos permiten establecer que:

1. Dado que cualquier asegurado puede demandar dicho servicio, esto nos conduce a una hipótesis adicional de equiprobabilidad, en consecuencia la probabilidad de que se demande un servicio,  $\mathcal{L}$ , es igual a:

$$\mathcal{L} = \frac{1}{30000} = 0.000033333$$

2. La pérdida máxima esperada por persona,  $PML\_ENFDOM$ , es igual a:

$$PML\_ENFDOM = 30 * 400 = 12,000$$

3. La probabilidad de que ocurra la pérdida máxima esperada por persona,  $P_M$ , es igual a:

$$P_M = \frac{30}{30000} = 0.001, \text{ con } M = 30.$$

En consecuencia la pérdida máxima probable por persona,  $PML_{ed}$ , es igual a:

$$PML_{ed} = 12000 * 0.001 = 12$$

Con base en lo anterior, la prima de riesgo promedio,  $PRM$ , se define como:

$$PRM = PML_{ed} + (1 - D - C) * k * \mathcal{L} * (M - N)$$

Donde:

$PML_{ed}$ ,  $\mathcal{L}$ ,  $k$  y  $M$  se definen en los términos indicados en los párrafos anteriores,

N = Número de Consultas incluidas sin pago por parte del Asegurado, en caso de tratarse de un contrato en el que se especifique que es sin Coaseguro, entonces se presupone que N=30.

D = Porcentaje de Deducible contratado.

C = Coaseguro Contratado para las consultas con pago por parte del asegurado, es importante mencionar que en el caso de que el Coaseguro se especifique en valor absoluto, se deberá obtener dicho porcentaje en función del costo de la cobertura.

A continuación, se presentan diferentes esquemas de contratación de esta cobertura, para las cuales se calcula la prima de riesgo promedio correspondiente:

1. Supongamos que:

N = Todos los servicios incluidos, esto implica que N=30, C = D = 0, entonces la prima de riesgo promedio para la cobertura de Enfermera a Domicilio, es igual a:

$$PRM = 12 + (1 - 0 - 0) * 400 * 0.000033333 * (30 - 30)$$

$$= 12 + (1 - 0 - 0) * .000033333 * 400 * (30 - 30)$$

$$= 12.00$$

2. Si N = 0, C = 150, D = 0, entonces la prima de riesgo promedio para la cobertura de Enfermera a Domicilio, es igual a:

$$PRM = 12 + \left(1 - 0 - \frac{150}{400}\right) * 400 * 0.000033333 * (30 - 0)$$

$$= 12 + .625 * 400 * .000033333 * 30 = 12.25$$

CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO.

Cobertura: Ambulancia Terrestre

En esta cobertura la estadística es la siguiente:

**DISTRIBUCIÓN DE LAS INCIDENCIAS EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE AMBULANCIA**

Veces en que uso el servicio una misma persona	Incidencia en el periodo DE 1999 a 2002, de la cobertura												
	EXPUESTOS AL RIESGO	Consultas efectuadas	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA RESPECTO A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO		Monto pagado			Monto pagado elevado al 100%		
				DE LAS CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA FRECUENCIA	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	por Grupo Integral		Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado
									Costo Medio	Costo medio Esperado			
1		4	4	0.0001204	0.0001204	1	0.18182	5,850	1,463	0.17607	6,580	1,645	0.1980436
2				0.0000000	0.0000000								
3				0.0000000	0.0000000								
4		4	1	0.0001204	0.0000301	0.25	0.04545	2,000	500	0.06020	3,160	790	0.0951091
No determinada		14	14	0.0004214	0.0004214	1	0.63636	8,400	600	0.25282	12,460	890	0.3750188
<b>Total</b>	<b>33,225</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>0.0006622</b>	<b>0.0005719</b>	<b>0.8636364</b>	<b>0.86364</b>	<b>16,250</b>	<b>739</b>	<b>0.48909</b>	<b>22,200</b>	<b>1,009</b>	<b>0.6681716</b>

Del cuadro anterior, se observa que la probabilidad frecuentista de que un asegurado use un servicio de ambulancia,  $\mathcal{L}$ , es igual a: **0.0006622**

y, la probabilidad frecuentista de que dicho asegurado demande el servicio,  $p$ , es igual a: **0.0005719**

Por otro lado, suponiendo un universo de expuestos al riesgo al inicio de la contratación, de 30.000 asegurados al menos, cada asegurado debe pagar un costo por este servicio, lo use o no lo use, de \$ 0.74 pesos.

Para La Aseguradora el costo de este servicio es de: \$ 1,000.00 pesos.

Aún cuando la frecuencia es mínima, menos de un servicio por expuesto al riesgo, se establece como límite máximo de servicios de Ambulancia por persona a cinco.

Las hipótesis establecidas nos permiten establecer que:

1. La pérdida máxima esperada por persona,  $PML_{AMB}$ , es igual a:

$$PML_{AMB} = \left( \begin{array}{c} \text{Límite Máximo} \\ \text{de Servicios} \\ \text{por Asegurado} \end{array} \right) * \left( \begin{array}{c} \text{Costo Promedio} \\ \text{Esperado de} \\ \text{un Servicio} \end{array} \right)$$

$$= 5 * 0.74 = 3.70$$

En consecuencia, la prima de riesgo promedio,  $PRM$ , se define como La pérdida máxima esperada por persona, multiplicada por la probabilidad de que use el servicio, considerando además si lleva o no Coaseguro a cargo del Asegurado, es decir,

$$PRM = PML_{AMB} * (1 + p) * (1 + \mathcal{L}) * [ N + (1 - D - C) * (M - N) ]$$

Donde cada una de las variables se definen en los términos siguientes:

$PML_{AMB}$  = Pérdida máxima esperada por persona.

$P$  = Probabilidad frecuentista de que un asegurado demande el servicio.

$\mathcal{L}$  = Probabilidad frecuentista de que un asegurado use un servicio de ambulancia.

$N$  = Número de servicios contratados sin pago alguno por parte del Asegurado

$D$  = Porcentaje de deducible a ser pagado por el Asegurado, en su caso, por servicio solicitado.

$C$  = Porcentaje de Copago a ser pagado por el Asegurado, por servicio solicitado.

$M$  = Número máximo de servicios considerados en la cobertura para un año de vigencia.

A manera ejemplificativa más no limitativa, se calcula la prima de riesgo de los dos esquemas siguientes:

Esquema 1

CONCEPTO	VALOR CONTRATADO EN EL ESQUEMA
Número de servicios contratados sin pago alguno por parte del Asegurado	Todos los Servicios
Porcentaje de Copago a ser pagado por el Asegurado, por servicio solicitado	Sin Coaseguro
Porcentaje de deducible a ser pagado por el Asegurado, en su caso, por servicio solicitado	0

VARIABLE DE CALCULO	VALOR DE LA VARIABLE
Pérdida máxima esperada por persona	3.70
Probabilidad frecuentista de que un asegurado use un servicio de ambulancia	0.0006622
Probabilidad frecuentista de que un asegurado demande el servicio	0.0005719
Número máximo de servicios considerados en la cobertura para un año de vigencia	5

Como N= Todos los Servicios. Entonces N = M = 5, y en consecuencia,

$$PRM = 3.70 * (1 + 0.0005719)^5 * (1 + 0.0006622)^5 * [0 + (1 - 0 - 0) * (5 - 0)]$$

$$= 3.70 * 1.001234479 * 5 = 18.5228$$

### Esquema 2

Variable determinada por el contratante	Valor Contratado
Número de servicios contratados sin pago alguno por parte del Asegurado	0
Porcentaje de Copago a ser pagado por el Asegurado, por servicio solicitado	150
Porcentaje de deducible a ser pagado por el Asegurado, en su caso, por servicio solicitado	0

VARIABLE DE CALCULO	VALOR DE LA VARIABLE
Pérdida máxima esperada por persona	3.70
Probabilidad frecuentista de que un asegurado use un servicio de ambulancia	0.0006622
Probabilidad frecuentista de que un asegurado demande el servicio	0.0005719
Número máximo de servicios considerados en la cobertura para un año de vigencia	5

En este caso, se tiene que:

$$\begin{aligned}
 PRM &= 3.70 * (1 + 0.0005719) * (1 + 0.0006622) * [0 + (1 - 0 - 0.15) * (5 - 0)] \\
 &= 3.7 * 1.001234479 * (0 + .85 * 5) \\
 &= 3.7 * 4.255246535 \\
 &= 15.74
 \end{aligned}$$



## CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO,

### Cobertura: **Laboratorio y Gabinete**

Esta cobertura se comercializa bajo dos versiones:

1. Cuadro Básico de Estudios de Laboratorio y de Gabinete, y
2. Cuadro Abierto de Estudios de Laboratorio y de Gabinete

En primer lugar se muestran los cálculos de la Cobertura Cuadro Básico de Estudios de Laboratorio y de Gabinete.

En esta cobertura se especifica en forma concreta y detallada, cada uno de los estudios y análisis que se incluyen como parte integrante y amparada de la cobertura. Dicho cuadro es el que se muestra a continuación:

### CUADRO BÁSICO DE LABORATORIO Y GABINETE

#### **Estudios de Laboratorio:**

- Biometría hemática completa
- Examen general de orina
- Coproparacitoscópico de series de tres
- Prueba de embarazo en orina
- Química sanguínea de tres elementos
- Reacciones febriles
- VDRL: (**V**enereal **D**isease **R**esearch **L**aboratory), prueba serológica de floculación diseñada para detectar anticuerpos antitreponémicos inespecíficos, es decir, es un examen de tamizaje para sífilis, mide los anticuerpos reagínicos, los cuales son producidos en la sífilis como resultado de la interacción de la bacteria causante de dicha enfermedad (*Treponema pallidum*) y el propio cuerpo del paciente
- IAPC (amibiasis)
- Glucosa en sangre

### **Los Estudios Radiográficos incluyen:**

- Tórax: Valoración por medicina interna
- Mano dos posiciones: Sólo en accidente
- Antebrazo dos posiciones: Solo en accidente
- Brazo dos posiciones: Sólo en accidente
- Muslo dos posiciones: Solo en accidentes
- Rodilla dos posiciones: Sólo en accidentes
- Tobillo dos posiciones: Sólo en accidentes
- Pié dos posiciones: Sólo en accidentes
- Columna cervical dos posiciones: Sólo en accidentes
- Columna dorsal dos posiciones: Sólo en accidentes
- Columna lumbar dos posiciones: Sólo en accidentes
- Cadera dos posiciones: Sólo en accidentes
- Pelvis dos posiciones: En accidente o para valoración ginecológica
- Serie de cráneo: Sólo en accidentes
- Pierna dos posiciones: Sólo en accidentes
- Electrocardiograma en reposo: Referido para valoración cardiológica por Médico cardiólogo
- Eco obstétrico: Dos por embarazo

La relación anterior es limitativa en cuanto al tipo de estudios o análisis cubierto, sin embargo no es limitativa en cuanto al número de veces que se pueden repetir en un año de vigencia de la póliza, su único límite esta dado por el Límite máximo de responsabilidad de la cobertura.

El registro estadístico de esta cobertura, durante el periodo bajo análisis es la mostrada en el cuadro siguiente:

**DISTRIBUCIÓN DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE CUADRO BASICO DE LABORATORIO**

Veces en que uso el servicio una misma persona	Incidencia en el periodo DE 1998 a 2002, de cada cobertura nacional							Monto Pagado en cada Cobertura en el lapso bajo estudio, 1998 a 2002.			Monto pagado elevado al 100%		
	EXPUESTO A AL RIESGO	Número de Consultas efectuadas	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA RESPECTO A LA EXPOSICIÓN AL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO		Pago efectuado por Grupo Integral					
				DE LAS CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA FRECUENCIA	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado
1		55	55	0.0410448	0.0410448	1.00000	0.55556	17,174	312.25	12.81642	17,174	312.2545	12.8164
2		20	10	0.0149254	0.0074627	0.50000	0.10101	4,593	229.65	3.42761	4,593	229.6500	3.4276
3		3	1	0.0022388	0.0007463	0.33333	0.01010	715	238.33	0.53358	715	238.3333	0.5336
4		4	1	0.0029851	0.0007463	0.25000	0.01010	1,328	332.00	0.99104	1,328	332.0000	0.9910
5											0	0.0000	0.0000
6											0	0.0000	0.0000
7											0	0.0000	0.0000
8		8	1	0.0059701	0.0007463	0.12500	0.01010	484	60.50	0.36119	484	60.5000	0.3612
No determinada		9	9	0.0067164	0.0067164	1.00000	0.09091	6,840	760.00	5.10448	6,840	760.0000	5.1045
								0			0	0.0000	0.0000
<b>total</b>	<b>1,340</b>	<b>99</b>	<b>77</b>	<b>0.0738806</b>	<b>0.0574627</b>	<b>0.77778</b>	<b>0.77778</b>	<b>31,134</b>	<b>314.48</b>	<b>23.23433</b>	<b>31,134</b>	<b>314.4848</b>	<b>23.2343</b>

Es importante observar que en esta cobertura, la frecuencia en que se presentan la demanda de servicio no es preponderante, debido a que más que el uso, el impacto es el monto del servicio demandado por un Asegurado. En este sentido, de conformidad con la estadística anterior, el costo promedio esperado, CPE, de esta cobertura, se use o no, es igual a: 23.2343

De acuerdo con la estadística, el gasto máximo registrado fue de: 760.00

Con el fin de dar una mayor posibilidad de protección, se establece que el gasto máximo definido para esta cobertura, a usar en el lapso de un ejercicio anual completo, en estudios y/o análisis incluidos en la relación de servicios básicos cubiertos, (CS), es igual a: 1520.00 y considerando una actualización de dicho monto a la tasa de 15.56893%, basada como se indica más adelante, nos arroja un límite máximo de la Cobertura, (LM), igual a:

$$LM = 1520 * (1.1556893) = 1756.65$$

Cifra que para efectos prácticos se establece igual a 1800 pesos.

La tasa de interés se calculó considerando que la inflación publicada por el Banco de México para dichos análisis, en el lapso de 1995 a 2002, los cuales se proyectaron con base en una regresión lineal simple, obteniendo como valor de la tasa de interés el promedio aritmético de dichos valores proyectados.

**INDICES DE INFLACIÓN EN ANÁLISIS CLINICOS**

AÑO	VALOR INPC	REGRESIÓN
1995	0.3484912	0.2233727
1996	0.2022789	0.2040346
1997	0.1633923	0.1846965
1998	0.1498854	0.1653584
1999	0.1869833	0.1460203
2000	0.1530917	0.1266822
2001	0.1105833	0.1073440
2002	0.0559270	0.0880059
2003		0.0686678

PROMEDIO DE LAPSO DE 1995 AL 2002:

0.1556893

Donde: los coeficientes de regresión son:

$$\alpha = 0.242710867, \text{ y } \beta = -0.019338117$$

Entonces, actualizando al valor CPE, con la inflación estimada se tiene que:

$$\begin{aligned} \overline{CPE} &= CPE * (1 + i) \\ &= 23.2343 * (1.1556893) = 36.17 \end{aligned}$$

Por otro lado, de conformidad con la tabla de la estadística registrada, la probabilidad frecuentista de que un asegurado de recién ingreso use la cobertura, **PU**, es: 0.0574627

Entonces el gasto probable por utilizar el límite máximo de la Cobertura, **PML**, es:

$$\begin{aligned} \text{PML} &= \overline{LM} * \text{PU} \\ &= 1800 * 0.0574627 = 103.43 \end{aligned}$$

En consecuencia, la prima de riesgo promedio, **PRM**, se define como La pérdida máxima esperada de un Servicio por persona, o de llegar a usar el límite máximo de la cobertura, es decir,

$$\begin{aligned} \text{PRM} &= (\overline{CPE} + \text{PML}) * (1 - D - C) \\ &= (36.17 + 103.43) * (1 - D - C) = 139.6 * (1 - D - C) \end{aligned}$$

Donde:

D = Deducible pactado

C = Coaseguro Contratado para los Estudios de Laboratorio y/o de Gabinete del Cuadro Básico, con pago por parte del asegurado, es importante mencionar que en el caso de que el Coaseguro se especifique en valor absoluto, se deberá obtener dicho porcentaje en función del PML de la cobertura.

Y cada una de las variables restantes, se definen en los términos mencionados en los párrafos anteriores.

A manera ejemplificativa más no limitativa, se calcula la prima de riesgo de los esquemas siguientes:

Esquema 1

---

$$D = 0; C = 0$$

Esto implica que la prima de riesgo es: \$ 139.60 pesos.

Esquema 2

---

$$D = 0; C = 500$$

Esto implica que la prima de riesgo es: \$ 93.68 pesos.

### **Cálculos de la Prima de Riesgo de la Cobertura Cuadro Abierto de Estudios de Laboratorio y de Gabinete.**

Para calcular la prima de riesgo de esta cobertura, partiremos de los parámetros determinados en la Cobertura Cuadro Básico de estudios de Laboratorio y de Gabinete.

- El gasto máximo definido para esta cobertura, a usar hasta en una ocasión cada uno de los estudios y/o análisis incluidos en la relación de servicios cubiertos,  $C_s$ , es de:  
\$ 4,000.00
- Se establece como límite máximo de la Cobertura, LM, a dos y media veces el gasto máximo definido para esta cobertura, a usar hasta en una ocasión cada uno de los estudios y/o análisis incluidos en la relación de servicios cubiertos el costo de dicha cobertura, es decir:

$$LM = 4,000 * 2 = 8,000$$

- $\overline{CPE} = 36.17$

- La probabilidad frecuentista de que un asegurado de recién ingreso use la cobertura, PU, es:

$$PU = 0.0574627$$

- Entonces el gasto probable por utilizar el límite máximo de la Cobertura, PML, es:

$$\begin{aligned} PML &= \overline{LM} * PU \\ &= 4,000 * 0.0574627 \\ &= 229.85 \end{aligned}$$

- En consecuencia, la prima de riesgo promedio, PRM, se define como la pérdida máxima esperada de un Servicio por persona, o de llegar a usar el límite máximo de la cobertura, es decir,

$$\begin{aligned} PRM &= (\overline{CPE} + PML) * (1 - D - C) \\ &= (36.17 + 229.85) * (1 - D - C) \\ &= 266.02 * (1 - D - C) \end{aligned}$$

Donde:

D = Deducible pactado

C = Coaseguro Contratado para los Estudios de Laboratorio y/o de Gabinete del Cuadro Básico, con pago por parte del asegurado, es importante mencionar que en el caso de que el Coaseguro se especifique en valor absoluto, se deberá obtener dicho porcentaje en función del PML de la cobertura.

### CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO,

Cobertura: Lentos

La Estadística registrada en esta cobertura, en el lapso bajo análisis es la siguiente:

DISTRIBUCIÓN DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE CUADRO BASICO DE LENTES												
Vacas en que uso el servicio una misma persona	Incidencia en el período DE 1999 a 2002, de la cobertura											
	EXPUESTOS AL RIESGO	Número de Consultas efectuadas	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA REFERIDA A LA SUPERFICIE DEL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO		Monto pagado			Monto pagado elevado al 100%	
				DE LAS CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado	Pago Total	Costo Medio
1	2	2	0.0013746	0.00137467	1	1	1991	996.0	1.36838488	1,901.00	996.0	1.36838488
1,455	2	2	0.0013746	0.00137467	1	1	1991	996.0	1.36838488	1,901.00	996.0	1.36838488

Se define que para esta cobertura, el monto máximo a indemnizar, por asegurado, PMP, a la cifra que resulte mayor entre \$1,300 y el 85% de un mes de Salario Mínimo Mensual, SMM, dado que el salario mínimo diario, que a la fecha del presente trabajo era igual a 42.15, entonces SMM = \$ 1,264.50, y en consecuencia, PMP = 1,300.

#### Resumen DE TODOS LOS PLANES

RANGOS DE ASSEGURADOS POR CLIENTE	TOTAL DE CLIENTES EN EL RANGO	TOTAL DE ASSEGURADOS EN EL RANGO	TOTAL DE ASSEGURADOS EN EL RANGO	NUM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR GPO. INTEGRAL	PRIMA TOTAL ENTREGADA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	RAZÓN DE PÉRDIDA	RAZÓN DE PÉRDIDA AL 100%
50	86	3,592	3,135	1,575	258,199	2,965,156	275,023	0.087077712	0.092751612
51	100	32	2,289	1,998	959	483,825	2,942,940	0.164401925	0.195184068
101	200	39	5,735	5,005	1,231	205,559	1,767,825	0.116277912	0.148520923
201	350	27	7,217	6,298	1,081	101,885	2,079,771	0.048988567	0.090834520
351	500	13	5,728	4,999	624	113,129	1,377,779	0.082109685	0.087923390
501	800	12	6,793	5,928	398	81,879	2,390,428	0.034252862	0.038293979
801	1000	2	1,747	1,525	2563	377,194	780,169	0.483477298	0.590954011
1001	2000	5	6,590	5,751	381	56,500	1,262,470	0.044753539	0.078821675
2001 en adelante	0	0	0	0	0	0	0	0	0.000000000
<b>TOTAL</b>	<b>216</b>	<b>39,691</b>	<b>34,638</b>	<b>8,812</b>	<b>1,678,170</b>	<b>15,566,538</b>	<b>2,074,144</b>	<b>0.107806244</b>	<b>0.133243757</b>
<b>Media =</b>			<b>4,330</b>					<b>0.132667437</b>	<b>0.165410522</b>
<b>Dev. Estándar =</b>			<b>1,855</b>					<b>0.148031945</b>	<b>0.178389774</b>
<b>Coefficiente de Variación = (σ/μ)</b>			<b>0.42845</b>					<b>1.1158</b>	<b>1.0785</b>

Del cuadro "Resumen de todos los Planes", se tiene que la razón de pérdida que en el período bajo análisis, de La Aseguradora es igual a 0.107806244, esto implica que de cada peso de prima emitida, casi once centavos deben destinarse para el pago del servicio de siniestros. Es importante señalar que la media aritmética de este concepto es igual a: 0.132667437.

Considerando que eventualmente la estadística mostrada en el cuadro "DISTRIBUCIÓN DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE LENTES" pueda parecer insuficiente, para calcular la prima de riesgo de dicha Cobertura, se tomó en cuenta las probabilidades empíricas del cuadro "Resumen de todos los Planes", en el cual como ya se ha mencionado, se

observan que la razón de pérdida, probabilidad empírica, directamente afectable a La Aseguradora, (p), esto es, una vez deducido coaseguros y deducibles, es: 0.107806244, mientras que considerando los costos de deducibles y coaseguros, la razón de pérdida, probabilidad empírica, k, es igual a: 0.133243757

En otras palabras, este valor es la pérdida promedio a causa de esta cobertura, por peso emitido en todas las coberturas. Bajo esta hipótesis, y definiendo la Prima de Riesgo como:

$$PR = PMP * \left( p * M + (1 - D - C) * k * M \right)$$

Donde: cada una de las variables se definen en el mismo contexto utilizado anteriormente.

A manera de ejemplo, se calcula la prima de riesgo para el esquema siguiente:

$$\begin{aligned} \mathbf{PMP} &= 1,309.50 \\ \mathbf{p} &= 0.107806244 \\ \mathbf{D} &= 0 \\ \mathbf{C} &= 0 \\ \mathbf{k} &= 0.133243757 \\ \mathbf{M} &= 1 \end{aligned}$$

Bajo este supuesto, se tiene que:

$$\begin{aligned} PR &= 1,309.50 * (0.10780624 * 1 + (1 - 0 - 0) * 0.133243757 * 1) \\ &= 315.65 \end{aligned}$$



## CÁLCULO DE LA PRIMA DE RIESGO PROMEDIO,

### Cobertura: **MEDICAMENTOS**

#### **Opción: Cuadro básico de medicamentos incluidos en la cobertura**

En esta cobertura se considera incluido única y exclusivamente el cuadro básico de medicamentos detallado en el "CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS" mostrado más abajo.

La estadística registrada en esta cobertura, en el mismo lapso bajo análisis, es la siguiente:

DISTRIBUCIÓN DE USO Y COSTO DE LOS SERVICIOS DE CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS													
Veces en que uso el servicio una misma persona	Incidencia en el periodo DE 1999 a 2002, de cada cobertura opcional						Monto Pagado en cada Cobertura en el lapso bajo estudio, 1999 a 2002.						
	EXPUESTO S AL RIESGO	Número de Servicios Efectuados	Número de Personas	FRECUENCIA RELATIVA DE LA INCIDENCIA AL RIESGO		FRECUENCIA RELATIVA DE LAS PERSONAS QUE USARON LOS SERVICIOS RESPECTO		Pago efectuado por Grupo Integral			Monto pagado elevado al 100%		
				DE LAS CONSULTAS	DE LAS PERSONAS QUE USARON EL SERVICIO	DE LOS SERVICIOS USADOS EN LA FRECUENCIA	DEL TOTAL DE SERVICIOS	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado	Pago Total	Costo Medio	Costo medio Esperado
1		667	667	0.20348	0.20348	1.00000	0.43312	294,778	426.954	86.876	294,778	426.954	86.876
2		532	296	0.16229	0.08115	0.50000	0.17273	79,182	148.838	24.156	79,182	148.838	24.156
3		204	69	0.06223	0.02074	0.33333	0.04416	16,083	78.838	4.906	16,083	78.838	4.906
4		112	28	0.03417	0.00854	0.25000	0.01818	7,801	69.652	2.380	7,801	69.652	2.380
5		25	5	0.00763	0.00153	0.20000	0.00325	1,877	75.080	0.573	1,877	75.080	0.573
		3,278	1,540	1,034	0.46960	0.31544	0.67143	389,721	253,066	118.890	389,721	253,066	118.890

Como se observa en el cuadro anterior, aún cuando el costo máximo por persona atendida, k, es de \$750.00, el costo medio real, por persona asegurada fue de \$ 118.89.

En el cuadro estadístico anterior, se observa que la probabilidad, (p), empírica de que un Asegurado haga uso de la presente cobertura, es igual a: p = 0.31544

Se define a la Prima de Riesgo como:

$$\begin{aligned}
 PR &= (1 - D - C) * K * p * (M - N) \\
 &= (1 - D - C) * 750 * 0.31544 * (M - N) \\
 &= 236.58 * (1 - D - C) * (M - N)
 \end{aligned}$$

A manera de ejemplo, se calcula la prima de riesgo para los esquemas siguientes:

a)  $N = 0$ ,  $M = 1$ ,  $C = 0$ , y  $D = 0$ , Entonces,  $PR = 236.58$ .

b)  $N = 0$ ,  $M = 2$ ,  $C = 0$ , y  $D = 0$ , Entonces,  $PR = 473.16$ .

Los medicamentos incluidos en el cuadro Básico son los siguientes:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CONSE CUTIVO	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	CONSE CUTIVO	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN
1	Acetaminofen (Paracetamol)	Todas las presentaciones	36	Enalapril	Todas las presentaciones
2	Ácido Acetil Salicílico	Todas las presentaciones	37	Eritromicina	Todas las presentaciones
3	Albendazol	Todas las presentaciones	38	Estrógenos conjugados	Todas las presentaciones
4	Alopurinol	Todas las presentaciones	39	Fenilefrina compuesta	Todas las presentaciones
5	Ambroxol	Todas las presentaciones	40	Fumarato ferroso	Todas las presentaciones
6	Amoxicilina	Todas las presentaciones	41	Furosemida	Todas las presentaciones
7	Ampicilina	Todas las presentaciones	42	Gentamicina	Todas las presentaciones
8	Bencilpenicilina	Todas las presentaciones	43	Dgliblencamida	Todas las presentaciones
9	Benzonatato	Todas las presentaciones	44	Ibuprofeno	Todas las presentaciones
10	Bromocriptina	Todas las presentaciones	45	Itraconazol	Todas las presentaciones
11	Buflomedio	Todas las presentaciones	46	Mebendazol	Todas las presentaciones
12	Butiliosina	Todas las presentaciones	47	Metamizol	Todas las presentaciones
13	Caolin y Pectina	Todas las presentaciones	48	Metocarbamol (Robaxial)	Todas las presentaciones
14	Carbamazepina	Todas las presentaciones	49	Metoclopramida	Todas las presentaciones
15	Cefalexina	Todas las presentaciones	50	Metropolol	Todas las presentaciones
16	Centella asiática	Todas las presentaciones	51	Metronidazol	Todas las presentaciones
17	Cimetidina	Todas las presentaciones	52	Nalidixico / Fenazo pirdina ácido	Todas las presentaciones
18	Citrato de calcio	Todas las presentaciones	53	Naproxeno	Todas las presentaciones
19	Clindamicina	Todas las presentaciones	54	Naproxeno y Paracetamol	Todas las presentaciones
20	Clonixinata de lisina	Todas las presentaciones	55	Nifedipino	Todas las presentaciones
21	Cloranfenicol	Todas las presentaciones	56	Nistalina sola o combinada	Todas las presentaciones
22	Clorfenamina	Todas las presentaciones	57	Nitrofurantoina	Todas las presentaciones
23	Clormadinona Acetato de	Todas las presentaciones	58	Noresterona acetato de	Todas las presentaciones
24	Ctolrimazol	Todas las presentaciones	59	Penicilinas	Todas las presentaciones
25	Colchicina	Todas las presentaciones	60	Pentoxifilina	Todas las presentaciones
26	Complejo B	Todas las presentaciones	61	Piroxicam	Todas las presentaciones
27	Dexametasona	Todas las presentaciones	62	Policresuleno	Todas las presentaciones
28	Dextrometorfano jarabe	Todas las presentaciones	63	Psillyum plantago	Todas las presentaciones
29	Diclofenaco	Todas las presentaciones	64	Ranitidina	Todas las presentaciones
30	Dicloxacilina	Todas las presentaciones	65	Salbutamol	Todas las presentaciones
31	Difenhidromina	Todas las presentaciones	66	Tetraciclina	Todas las presentaciones
32	Difenidol	Todas las presentaciones	67	Trimetoprim con Sulfametoxazol	Todas las presentaciones
33	Digoxina	Todas las presentaciones	68	Triticum vulgare	Todas las presentaciones
34	Dimacol	Todas las presentaciones	69	Valerato de Estradiol	Todas las presentaciones
35	Dimeticona, aluminio y magnes	Todas las presentaciones			

**Opción: Cuadro Abierto de medicamentos incluidos en la cobertura**

---

La prima de riesgo de esta cobertura se calcula de la misma forma y con los mismos supuesto que la del cuadro básico de medicamentos substituyendo únicamente el costo de la cobertura y los montos de responsabilidad máxima.

Siendo entonces la prima de riesgo la siguiente:

$$\begin{aligned} PR &= (1 - D - C) * K * p * (M - N) \\ &= (1 - D - F) * 2,000 * 0.31544 (M - N) \\ &= 630.88 (1 - D - C) * (M - N) \end{aligned}$$

A manera de ejemplo, se calcula la prima de riesgo para el esquema siguiente:

**N = 0, M = 2, C = 0, y D = 0**

Entonces, **PR = 630.88.**

EN ESTA COBERTURA DE MEDICAMENTOS, CUADRO ABIERTO, SE INCLUYEN TODO TIPO DE MEDICAMENTOS EXCEPTO LOS SIGUIENTES

CON SEC UTIVO	MEDICAMENTO EXCLUIDO	CONSE CUTIVO	MEDICAMENTO EXCLUIDO	CONSE CUTIVO	MEDICAMENTO EXCLUIDO
1	Alimentos	21	Emulsión de lípidos	41	Reconstituyentes y energizantes
2	Anabólicos andrógenos	22	Estimulantes de la eritropoyesis	42	Rehidratantes orales
3	Anestésicos	23	Estimulantes del apetito	43	Sangre, líquidos y electrolitos
4	Anorexigénicos (reducción de peso)	24	Expansores plasmáticos	44	Soluciones intravenosas
5	Antagonistas de benzodiazepinas	25	Fibras de origen Vegetal, excepto Psillym Plantago	45	Soluciones para diálisis peritoneal y hemodiálisis
6	Anticelulíticos	26	Inductores de la ovulación	46	Soluciones para lentes de contacto
7	Anticonceptivos y anovulatorios	27	Inhibidores de enzimas proteolíticas	47	Sueros e inmunoglobulinas
8	Antiestrogénicos	28	Inmunizaciones pasivas y activas	48	Sulfactantes pulmonares
9	Antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina y de la MAO	29	Inmunoestimuladores	49	Suplementos alimenticios y vitaminas
10	Antídotos para tóxicos	30	Jabones	50	Terapéutica de alopecia
11	Antiperspirantes	31	Lacteos y Suplementos alimenticios	51	Terapéutica para alcoholismo
12	Antipsicóticos	32	Limpiador para cutis graso	52	Terapéutica para Alzheimer
13	Antiseborreicos	33	Materiales de curación	53	Tratamientos faciales
14	Dermatocosméticos	34	Medios de contraste radiológicos	54	Tratamientos para la disfunción eréctil
15	Dermolimpiadores	35	Neurolépticos	55	Tratamientos para el VIH
16	Dieta enteral completa	36	Pañales	56	Tratamiento para esterilidad
17	Dietas modulares	37	Pigmentantes y despigmentantes	57	Tratamiento para hemodiálisis
18	Drogas oncológicas e inmunosupresoras	38	Protectores labiales	58	Vacunas
19	Edulcorantes	39	Protectores solares	59	Vendaje coloidal
20	Emolientes, suavizantes e hidratantes	40	Pruebas diagnósticas		

### Resumen de formulas de cálculo de la prima neta por cobertura

CONSECUTIVO	NOMBRE DE LA COBERTURA	FÓRMULA A UTILIZAR
1	Consulta Médica	$PRP = CMC * [(1 + PU_{in}) * (1 + \bar{P}\bar{U}) - 1] * [N + (1 - D - C) * (M - N)]$ $PNR_j = PRP * [1 + F_j]$ <p>Con: M = 11; CMC = 200; <math>\bar{P}\bar{U} = 0.2377337</math></p>
2	Médico a Domicilio	$PR_{medom} = CME * P_{MEDOM} * [N + (1 - D - C) * (M - N)]$ <p>Con: CME = 0.771984526; P_MEDOM = 0.2477337; M = 10</p>
3	Enfermera a Domicilio	$PRM = PML_{ed} + (1 - D - C) * k * \mathcal{L} * (M - N)$ <p>Con: PML<sub>ed</sub> = 12; k = 400; <math>\mathcal{L} = 0.000033333</math>; M = 30</p>
4	Ambulancia Terrestre	$PRM = PML_{AMB} * (1 + p) * (1 + \mathcal{L}) * [N + (1 - D - C) * (M - N)]$ <p><math>\mathcal{L} = 0.0006622</math>; p = 0.0005719; PML<sub>AMB</sub> = 3.70; M = 5</p>
5	Laboratorio y Gabinete	<p>Cuadro Básico:</p> $PRM = (\bar{CPE} + PML) * (1 - D - C)$ <p>Con: <math>\bar{CPE} = 36.17</math>; PML = 103.43</p>
		<p>Cuadro Abierto:</p> $PRM = (\bar{CPE} + PML) * (1 - D - C)$ <p>Con: <math>\bar{CPE} = 36.17</math>; PML = 229.85</p>
6	Lentes	$PR = PMP * (p * M + (1 - D - C) * k * M)$ <p>Con: PMP = 1309.5; p = 0.107806244; M = 1; k = 0.133243757</p>
7	Medicamentos	<p>Cuadro Básico:</p> $PR = (1 - D - C) * K * p * (M - N)$ <p>Con: p = 0.31544; k = 750; M = 1</p>
		<p>Cuadro Abierto:</p> $PR = (1 - D - C) * K * p * (M - N)$ <p>Con: p = 0.31544; k = 2,000; M = 1</p>

La cobertura de Consulta Médica, requiere las tablas siguientes:

consultas para la misma persona	porcentaje de uso de Consulta $PU_{IN}$
---------------------------------	--

1	0.102863907
2	0.053236330
3	0.032998441
4	0.020093539
5	0.009960159
6	0.007275247
7	0.004648074
8	0.004157284
9	0.001558981
10	0.000866101
11	0.002222992
12	0.001039321

consultas para la misma persona	porcentaje de uso de Consulta $PU_{IN}$
---------------------------------	--

13	0.000000000
14	0.000808361
15	0.000866101
16	0.000000000
17	0.000490790
18	0.000000000
19	0.000000000
20	0.000000000
21	0.000606271
22	0.000000000
23	0.000000000
24	0.000692881

NÚMERO DE RANGO	VALORES PROYECTADOS $F_i$
1	1.2854108
2	1.1857547
3	1.0860986
4	0.9864425
5	0.8867864
6	0.7871303
7	0.6874741
8	0.587818
9	0.4881619
10	0.3885058

#### PRIMAS DE TARIFAS:

Con base en los procedimientos de cálculo de las primas de riesgo para cada una de las coberturas detalladas anteriormente, se generan diferentes variantes del producto **Médica**, que serán ofertados a los Clientes con denominaciones específicas, atendiendo a las características particulares que de cada cobertura ofertada se incluyan en el producto de que se trate.

La fórmula que utilizaremos para calcular las primas de tarifa será la siguiente:

$$PT_k = \frac{PN_k}{(1 - C - O - U)} * (1 + \gamma_1)$$

Donde:

$P_{Nk}$  = Prima Neta Total del Rango k, para k= 1,2,3,4,5,6,7, 8, 9 y 10.

C = Comisión del 20%,

O = Gastos de operación, 15%. En caso de que el conducto sea directo, se atendrá a lo dispuesto por el artículo 41, de la Ley General de

Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, es decir, en este caso la comisión será igual a cero.

U = Utilidad, 10%.

$\gamma_1$  = tasa de inflación del sector salud, referenciado al Índice Nacional de Precios al Consumidor del Sector de Salud, inicialmente su valor es igual a cero.

#### Consideraciones sobre el uso de $\gamma_1$ :

Es un factor preventivo para el caso de una situación de insuficiencia de la prima, durante el ejercicio anual en que se encuentre vigente la presente Nota Técnica, por causas imputables en forma directa a la inflación. Inicialmente este factor es igual a cero.

**Para que  $\gamma_1$  se active debe ocurrir que:** el Índice Nacional de Precios al Consumidor del Sector Salud se eleve, en promedio, más allá de un 5%, durante tres meses consecutivos, entonces se actualizará la tarifa en el porcentaje resultante de una proyección promedio anual de este índice, a tasa de interés compuesto.

En caso de que las condiciones de mercado, en cuanto a precios de competencia, sea conveniente operar la Nota Técnica resultante, se procederá a su registro ante la C.N.S.F., y todo nuevo negocio se suscribirá bajo esta base.

A continuación se muestran las primas de tarifa de cada rango, para los esquemas Médica Óptimo y Médica Plus, que se ejemplificaron durante el desarrollo de la presente Nota Técnica, en ambos ejemplos, los valores de Comisión, de  $\gamma_1$  son iguales a 20% y 0 respectivamente.

ESQUEMA 1: PLAN MÉDICA, MODALIDAD: ÓPTIMO

COBERTURA AMPARADA	COASEGURO PARA SERVICIOS ADICIONALES	SERVICIOS INCLUIDOS SIN PAGO POR PARTE DEL ASEGURADO	DEDUCIBLE
CONSULTAS	\$150.00	5	0
MÉDICO A DOMICILIO	\$200.00	2	0
ENFERMERA A DOMICILIO	\$150.00	0	0
AMBULANCIA	\$150.00	0	0

RAN GO	RANGO DE ASEGURADOS		PRIMAS NETAS				
	DE	A	CONSULTAS	MÉDICO A DOMICILIO	ENFERMERA A DOMICILIO	AMBULANCIA	TOTAL
1	0	24	159.18	1.61	12.25	15.74	188.78
2	25	50	152.24	1.61	12.25	15.74	181.84
3	51	100	145.30	1.61	12.25	15.74	174.90
4	101	200	138.36	1.61	12.25	15.74	167.96
5	201	350	131.41	1.61	12.25	15.74	161.02
6	351	500	124.47	1.61	12.25	15.74	154.08
7	501	800	117.53	1.61	12.25	15.74	147.14
8	801	1000	110.59	1.61	12.25	15.74	140.19
9	1001	2000	103.65	1.61	12.25	15.74	133.25
10	MAS DE 2000		96.71	1.61	12.25	15.74	126.31

ESQUEMA 2  
PLAN MEDICA, MODALIDAD: PLUS

COBERTURA AMPARADA	COASEGURO PARA SERVICIOS ADICIONALES	SERVICIOS INCLUIDOS SIN PAGO POR PARTE DEL ASEGURADO	DEDUCIBLE
CONSULTAS	0	TODOS HASTA EL MÁXIMO	0
MÉDICO A DOMICILIO	0	TODOS HASTA EL MÁXIMO	0
ENFERMERA DOMICILIO	A 0	TODOS HASTA EL MÁXIMO	0
AMBULANCIA	0	TODOS HASTA EL MÁXIMO	0



RAN GO	RANGO DE ASEGURADOS		PRIMAS NETAS				
	DE	A	CONSULTAS	MÉDICO A DOMICILIO	ENFERMERA A DOMICILIO	AMBULANCIA	TOTAL
1	0	24	259.39	1.61	12.25	15.74	288.99
2	25	50	248.08	1.61	12.25	15.74	277.68
3	51	100	236.77	1.61	12.25	15.74	266.37
4	101	200	225.46	1.61	12.25	15.74	255.06
5	201	350	214.15	1.61	12.25	15.74	243.75
6	351	500	202.84	1.61	12.25	15.74	232.44
7	501	800	191.53	1.61	12.25	15.74	221.13
8	801	1000	180.22	1.61	12.25	15.74	209.82
9	1001	2000	168.91	1.61	12.25	15.74	198.51
10	MAS DE 2000		157.60	1.61	12.25	15.74	187.2

**PRIMAS DE TARIFA DE LOS ESQUEMAS MEDICA, MODALIDADES:  
ÓPTIMO Y PLUS**

RAN GO	RANGO DE ASEGURADOS		PLAN MEDICA ÓPTIMO	PLAN MEDICA PLUS
	DE	A		
1		25	289.42	471.62
2	26	50	276.80	451.05
3	51	100	264.18	430.49
4	101	200	251.56	409.93
5	201	350	238.93	389.36
6	351	500	226.31	368.80
7	501	800	213.69	348.24
8	801	1000	201.07	327.67
9	1001	2000	188.45	307.11
10	MAS DE 2000		175.84	286.55

**Reserva de Riesgos en Curso:** Se calculará sobre la base de la prima de tarifa anualizada; considerando a la fecha de valuación la prima no, de conformidad al cálculo basado en la vigencia de la póliza.

Así mismo, mensualmente se vigilara la suficiencia de la reserva, de conformidad al modelo que se muestra en el apartado correspondiente.

Cuando exista Reaseguro Cedido, se debe disminuir la prima de Reaseguro Cedido a la prima Directa con objeto de obtener la prima de Retención.

#### **Naturaleza de los Recursos a utilizar en la Prestación de Servicios:**

En la prestación de los servicios indicados en las coberturas detalladas en la presente Nota Técnica, la Aseguradora utilizará los recursos e instalaciones de terceros correspondientes a cada uno de los prestadores de Servicios indicados en la Red de Prestadores de Servicios del suplemento al folleto explicativo.

---

#### **LA MEMBRESÍA DE SALUD, COMO UNA COBERTURA CLASIFICADA COMO DE ACTIVIDAD ANÁLOGA Y CONEXA**

En la comercialización de los productos de la Aseguradora, invariablemente se incluyen las Membresías de Salud.

Esto es factible en virtud de que la legislación vigente en materia de seguros lo permite, mediante un trámite ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y dado que además de permitir la comercialización de las membresías, se permite a las Aseguradoras el comercializar productos como: **Administración de Siniestros, Administración de Pagos, y Servicios al Público con Recursos Pertenecientes a la I.S.E.S.**, entonces es conveniente que la petición incluya todas las variantes, ya que la misma legislación no obliga a comercializarlas de inmediato, por lo que la petición expresa de la Aseguradora, hecha en oficio y en papel membretado de la Institución de Seguros, será del tenor siguiente:

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Dirección de Seguros y Valores  
Dirección de Seguros y Fianzas  
Palacio Nacional Edificio Landa, piso 4  
Col. Centro  
México D.F.  
Presente

At'n.: <Titular de la Dirección>

---

Estimado Licenciado:

En el numeral XVI del artículo 34, y numeral XII del artículo 81, y demás relativos, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se establece que toda Institución de Seguros, podrá efectuar operaciones análogas y conexas, en los términos que señale y autorice la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Dado que es interés de esta Aseguradora el realizar este tipo de operaciones, solicitamos a ustedes tengan a bien autorizar este tipo de operaciones en las modalidades de:

1. Administración de Siniestros,
2. Administración de Pagos,
3. Tarjetas de Descuento, y
4. Servicios al Público con Recursos Pertencientes a la I.S.E.S.

Con el fin de cumplir con las disposiciones legales sobre la materia, así como para que esa dependencia posea los elementos técnicos necesarios y suficientes, anexo encontrarán ustedes, para cada tipo o modalidad de operación de que se solicita autorización, lo siguiente:

a) Solicitud de contrato, de parte del intermediario y/o del Usuario, b) Carátula del Contrato, c) Contrato Tipo, y d) Credencial personalizada, que se expedirá para cada usuario

Sin otro particular, y esperando contar a la brevedad posible, con la autorización solicitada quedo a sus apreciables órdenes.

Atentamente,

<Nombre y Título>  
Director General

En términos generales, los elementos técnicos que se deben adjuntar son:

1. El Mecanismo de operación,
2. La Carátula que se utilizará,
3. Las Condiciones Generales,
4. El detalle de la cobertura,
5. Credencial o testimonio específico en el cual se hace constar la afiliación del asegurado.
6. Los Datos Técnicos del cálculo del costo, así como el ámbito de aplicación y expectativas de evolución.

A manera de ejemplo, se proporcionan los elementos técnicos únicamente de las tarjetas de descuento o membresías.

### MECANISMO DE OPERACIÓN

---

1. Estos productos se podrán comercializar en forma conjunta de un seguro o en forma independiente unos de otros, y mediante la fuerza productora con que actualmente cuenta la Aseguradora, o bien a través de mecanismos lícitos, que satisfagan los requisitos legales que al respecto disponga esa H. Secretaría en forma directa o bien a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para la colocación de estos productos entre los particulares y público en general.
2. Las expectativas de mercado para estas operaciones en un ejercicio anual, es la siguiente:

<b>PRODUCTO</b>	<b>VOLUMEN ANUAL ESPERADO DE CASOS</b>
5. Administración de Siniestros,	1,000
6. Tarjetas de Descuento	15,000
7. Administración de Pagos, y	NO CUANTIFICADO
8. Servicios al Público con Recursos Pertencientes a la I.S.E.S.	NO CUANTIFICADO

3. Se satisfará la generación de información estadística y el registro contable en forma independiente del resto de las operaciones de la Aseguradora.
4. Los servicios descritos no implican responsabilidad alguna para la Aseguradora, motivo por lo cual no se generará reservas de responsabilidad directa para la misma.
5. Los productos "Administración de Pagos", y "Servicios al Público con Recursos Pertencientes a la I.S.E.S.", tendrán como emisión el mismo tipo de documentación contractual tipificados en los otros productos, previas adecuaciones que correspondan.



## REVERSO DE LA CARÁTULA (CONDICIONES GENERALES)

Contrato de prestación del servicio prepagado de Salud, que celebran de una parte **EL CONTRATANTE INDICADO EN LA CARÁTULA DEL PRESENTE CONTRATO**, a quien en lo sucesivo se le denominará "**EL CONTRATANTE**" y por la otra parte **ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.** a quien en lo sucesivo se le denominará "**LA EMPRESA**", al tenor de las siguientes:

### CLAUSULAS

**PRIMERA.- OBJETO:** Es objeto del presente Contrato el que "**LA EMPRESA**" Afilie a las personas a que se refiere la "**Relación de Afiliados**" anexo en el Contrato, a quienes en lo sucesivo se les llamara "**LOS AFILIADOS**", para que los servicios médicos que a futuro soliciten "**LOS AFILIADOS**" con los médicos profesionales y los servicios de apoyo como hospitales, laboratorios, gabinetes y ambulancias le sean proporcionados con altos niveles de calidad ética y profesional, a precios preferenciales, siempre y cuando el Afiliado se encuentre dentro de la República Mexicana.

**SEGUNDA.- AFILIACIÓN:** "**LA EMPRESA**" se obliga a afiliar a las personas cuyos nombres aparecen en el formato Relación de Afiliados, adjunto en el presente Contrato, para que una vez que obtengan la credencial que extienda "**LA EMPRESA**", estén en posibilidad, cuando así lo requieran y dentro de la vigencia del presente Contrato, de hacer uso, a través del control y coordinación directa de "**La Empresa**", de los servicios médicos que incluye en el Contrato, mediante el uso de la Red de Prestadores de Servicios Médicos de "**La Empresa**".

**TERCERA.- CONTRAPRESTACION:** Como contraprestación "**EL CONTRATANTE Y/O LOS AFILIADOS**" pagarán a "**LA EMPRESA**" la prima correspondiente señalada en la factura anexa al presente Contrato y que determinó "**LA EMPRESA**".

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1796 del Código Civil Federal, el perfeccionamiento del presente Contrato se establece por el mero consentimiento; desde que se perfecciona obliga al contratante, no sólo al cumplimiento de lo expresamente pactado, si no a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley.

**CUARTA.- PRESTACION DE LOS SERVICIOS MEDICOS PROFESIONALES:** Los médicos profesionales están obligados ante "**LA EMPRESA**" y en consecuencia ante los "**AFILIADOS**" a atender a estos

últimos profesionalmente en sus respectivos consultorios en los horarios habituales, pagando los "AFILIADOS" el 100% del costo preferencial de los servicios que requiera utilizar amparados en el presente Contrato. En caso de urgencia, los médicos profesionales si así lo estiman necesario, y los "AFILIADOS" así lo consienten, proporcionarán a éstos únicamente la atención médica inmediata que el padecimiento requiera.

**QUINTA.- VIGENCIA:** La duración de el presente Contrato será por un año. Las partes la podrán dar por terminada anticipadamente, en caso de que ambas así lo llegaran a convenir por escrito, avisando con 30 días de anticipación, procediendo en este caso la devolución de las primas no devengadas, previa deducción de los gastos administrativos que correspondan, a la fecha de la notificación por parte de "EL CONTRATANTE" y la aceptación por parte de "LA EMPRESA".

**SEXTA.- CESION DE DERECHOS:** El presente Contrato no podrá ser cedido o transmitido en cualquier forma a terceras personas, salvo que ambas partes así lo llegaran a convenir por escrito en cuyo caso, en dicho documento se establecerán las condiciones respectivas.

**SEPTIMA.- RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:** "EL CONTRATANTE" está de acuerdo en que los médicos profesionales serán los únicos responsables ante él mismo y ante los "AFILIADOS" de la prestación de los servicios médicos a que se refiere el presente Contrato, por ser las personas que cuentan con autorización otorgada por las autoridades del país, para ejercer la medicina. Por la razón anterior el profesionista ha deslindado a "LA EMPRESA", a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier tipo de responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones y omisiones que impliquen negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas.

"EL AFILIADO" deslinda a "LA EMPRESA", a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier tipo de responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones y omisiones de los prestadores de servicios médicos que impliquen negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas.

**OCTAVA.- RESCISION:** El incumplimiento por cualquiera de las partes de las obligaciones contractuales establecidas en el presente Contrato, serán causal para rescindirla.

**NOVENA.- MODIFICACIONES:** Las partes podrán modificar de común acuerdo el presente Contrato por medio de Endosos específicos o mediante Condiciones Particulares o Especiales que al efecto se emitan por parte de la Empresa.

A su vez, las partes se obligan a notificarse por escrito, cualquier cambio que sufran los datos contenidos en el capítulo de Declaraciones, en un plazo que no exceda de 15 días naturales.

**DECIMA.- JURISDICCION:** Para cualquier controversia que se llegara a suscitar sobre la validez, interpretación, alcance y cumplimiento de el presente Contrato, las partes convienen en someterse a la jurisdicción de los Tribunales competentes de la Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando a cualquier otra que pudiera corresponderles por cualquier razón.

**DECIMA PRIMERA.-** Son parte integrante de el Contrato, El Contrato; Los Endosos que en su oportunidad se emitan; La Factura oficial de pago; Las Condiciones Generales del Contrato; La relación de Afiliados, y La Credencial personalizada del Afiliado que emita la Empresa.

### **DEFINICIÓN Y OBJETO DE LOS SERVICIOS**

Los servicios están diseñadas para que los afiliados reciban a través de prestadores de servicio contratados previamente por de "LA EMPRESA", servicios médicos y conexos, de calidad, a precios preferenciales, y que les permitan satisfacer las necesidades preventivas, curativas y de rehabilitación de su salud, en ese sentido el objeto de cada servicio se detalla a continuación:

#### **Consulta Médica**

El objeto de este servicio es referir con un Médico General o Médico Especialista a los afiliados por cualquier afección de su salud.

#### **Médico a Domicilio**

El objeto de este servicio es referir a un médico para proveer consultas médicas a domicilio que necesite el afiliado con un Médico General por cualquier afección de su salud.

La servicio proporciona la visita de un Médico General en el Domicilio del Afiliado, siempre y cuando sea autorizado por la Aseguradora, a efecto de valorar médicamente al paciente y en su caso, referirlo a un Médico Especialista o bien prescribirle medicamentos y/o referirle a los Laboratorios



y/o Gabinetes de la Red, serán xx los servicios anuales máximos referidos por persona.

#### Ambulancia Terrestre

Este Servicio refiere el servicio de una Ambulancia que necesite el afiliado, para el traslado extra hospitalario terrestre mas cercano a la localidad donde se encuentre el afiliado, siempre y cuando se trate de un caso de atención y estabilización de pacientes que requieran traslados normales o de pacientes en terapia intensiva., serán 10 los servicios anuales máximos cubiertos por persona.

#### Enfermera a Domicilio

El objeto de este servicio es referir los servicios de una Enfermera por concepto de atención y cuidados de enfermería a domicilio que necesite el afiliado por cualquier afección de su salud. Siempre y cuando un médico lo prescriba a consecuencia de un accidente ó enfermedad, que imposibilite al afiliado para realizar sus actividades cotidianas.

Este es un servicio programado con al menos un día de anticipación y en turnos de cuando más ocho horas continuas, con un máximo de treinta turnos por año de vigencia del contrato.

#### Descuentos en Servicios de apoyo

Con la presentación de la credencial vigente y una identificación oficial se otorgaran descuentos en la red de servicios de apoyo de acuerdo a lo señalado en el directorio de servicios proporcionado con el contrato.

**DETALLE DE COBERTURAS (ENDOSOS)**

**Endoso de Detalle de Coberturas**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:  
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

NÚMERO DE PÓLIZA: 99999999999999	VIGENCIA DEL CONTRATO O PÓLIZA: 99/99/9999 DESDE 99/99/9999 HASTA	No. ENDOSO 9999 A/B
-------------------------------------	--	------------------------

EL PRESENTE ENDOSO SE EXTIENDE CON EL FIN DE HACER CONSTAR QUE A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA, ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A. DE C. V., TOMA NOTA EN SUS REGISTROS QUE :

LA POLIZA SEÑALADA, INCLUYE LAS COBERTURAS BAJO LOS TERMINOS CONVENIADOS, QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLAN:

NOMBRE DEL PLAN: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Cobertura	Descripción
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lugar y Fecha de Emisión

Firma Autorizada

México, D.F. a 99/99/9999

Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V.



**Endoso de Movimientos de Afiliados**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL CONTRATANTE:

XX

NÚMERO DE CONTRATO:	VIGENCIA DEL CONTRATO:	TIPO DE ENDOSO	No. ENDOSO	No. CONTROL
999999-999999-9999	99/99/9999      99/99/9999 DESDE                      HASTA	A/B/D	9999	9999X

No.	No. de Afiliación	Apellidos	Nombre	Paterno	Fecha de Nac.	Sexo	Nacionalidad	Lugaridad	Escala	Fecha del Movimiento	No. del.	Tipo de Movimiento
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
TOTAL DE AFILIADOS												

Observaciones

### **III.2.2.2. La documentación Contractual**

Los documentos contractuales asociados a los productos de Seguros están integrados por:

- a). La Solicitud de Seguro o Solicitud de Emisión de la Póliza
- b). La carátula de la Póliza,
- c). Consentimiento Individual
- d). Los Endosos que en su oportunidad se emitan,
- e). El Recibo oficial de pago,
- f). Las Condiciones Generales de la Póliza,
- g). Las Condiciones Particulares que en su caso, se emitan,
- h). La relación de Asegurados,
- i). La Credencial de Seguro,
- j). El Folleto Explicativo, y el suplemento al folleto explicativo

## Solicitud de emisión

### SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

FECHA DE LA SOLICITUD

--	--	--

El presente documento debe llenarse a máquina o con letra de molde legible y con tinta negra y en presencia del Contratante del Seguro: Este Documento sólo es una Solicitud de Seguro, por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Compañía de Seguros ni que en caso de aceptarse, dicho Seguro concuerde totalmente con los términos de la presente Solicitud.

#### DATOS DEL CONTRATANTE (Datos para Facturar)

<b>NOMBRE O RAZÓN SOCIAL</b>							
<small>Registro Federal de Causantes</small>	<b>DOMICILIO</b> (Calle, número exterior e interior, Colonia, C.P., Población y Estado)						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">+ Letras</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">numeros</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">homoclave</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	+ Letras	numeros	homoclave				
+ Letras	numeros	homoclave					
Grupo o Filial:	Subgrupo:						

Forma de pago:     Anual     Semestral     Trimestral     Mensual

Tipo de Seguro Sol:    Vigencia: de z9 de xxxxx de 9999 a : z9/xxxxx/ 9999    Póliza anterior: \_\_\_\_\_

Médico     Dental     Médico Dental     Hospitalario     Integral     Otro

COBERTURAS	No. Servicios sin coaseguro	%Coaseguro de Servicios adicionales	Descripción del Plan Dental
<input type="checkbox"/> Consulta Médico especialista	<input type="checkbox"/>	_____	Con Coaseguro    %  <input type="checkbox"/> Sin Coaseguro    %
<input type="checkbox"/> Médico a Domicilio	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Enfermera a Domicilio	<input type="checkbox"/>	_____	<b>Tipo de Prima:</b> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Número de: Asegurados _____ Familias Aseguradas _____ Prima: \$ _____
<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Laboratorio a Domicilio	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Ambulancia	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Hospitalario	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Otra, especificar: _____	<input type="checkbox"/>	_____	

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

Distribución Geográfica porcentual de asegurados

Observaciones y/o recomendaciones para emisión

En cumplimiento de lo ordenado por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, se hace saber al Solicitante que:

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Datos del Conducto
Clave :                      Nombre:
Ejecutivo de cuenta interno:

Autorizaciones especiales
Nombre y firma de quien autoriza:

Nombre y firma del Contratante
--------------------------------









## Credencial

<b>LOGO EMPRE SA</b>	Afiliado: XXX XXXX XXX XXX XXX Contraseña: XXX XXX XXX XXX XXX Centro: 99999-2-89-8-88 Certificado: 99999 Vigencia: 99/99/9999 A 99/99/9999 Fecha Nacimiento: 99/99/9999	Foto o otro Logo																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Omnibus</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Primas Sindeco Individuo</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Subsuetos</th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;">Número</th> <th style="text-align: center;">Número</th> <th style="text-align: center;">Código</th> <th style="text-align: center;">Código</th> <th style="text-align: center;">Código</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> <tr> <td>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> <td style="text-align: center;">99</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> <td style="text-align: center;">99999</td> </tr> </tbody> </table>	Omnibus	Primas Sindeco Individuo		Subsuetos		Número	Número	Código	Código	Código	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999	
Omnibus	Primas Sindeco Individuo		Subsuetos																																																										
Número	Número	Código	Código	Código																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99999	99999	99999																																																									

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lea el folleto anexo a su tarjeta antes de solicitar servicio.</li> <li>2. Antes de acudir a nuestros médicos de Red es indispensable realizar su cita en el teléfono abajo especificado.</li> <li>3. Muestre esta tarjeta y una identificación oficial al momento de asistir con nuestros médicos de Red y/o Servicios de Apoyo.</li> <li>4. El mal uso, alteración o falsificación implica la rescisión del contrato.</li> <li>5. Esta tarjeta es de identificación y está sujeta a las condiciones del contrato. No es de crédito, es propiedad de la Aseguradora.</li> </ol> <p style="font-size: 8px;">En su caso, cuando el miembro del grupo afiliado no cubra al contratante la parte de la prima a que se obligó, éste podrá solicitar su baja del grupo a la Institución aseguradora.</p>	<p style="text-align: center;">CONCERTACIÓN DE CITAS                      ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA Y EMERGENCIAS</p> <p style="text-align: center;">Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 Hrs. Sabados de 8:00 a 14:00 Hrs.*</p> <p style="text-align: center;">Las 24 Horas</p> <p style="font-size: 6px;">Del Interior de la República *Horarios del Centro</p>
---	---

## **CONDICIONES GENERALES DEL PLAN MÉDICA, DE GRUPO Y/O COLECTIVO**

### **DEFINICIONES**

**ACCIDENTE.** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquéllas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurren después de los 30 días siguientes a la fecha del accidente.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

**ANTIGÜEDAD.** Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en una Póliza de Salud.

**ASEGURADOS.** Son las personas amparadas por un Seguro de Salud y cuyos nombres aparecen detallados en la relación del personal incluido en la póliza de Seguro de Salud de la Aseguradora.

Siempre que cumplan con las características del grupo asegurable, descritas en la carátula de la póliza.

**ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL.** Es la persona física que tiene una relación laboral con la empresa contratante del Seguro de Salud, que se adhirió a la Póliza de Seguros y fue reportado por el contratante a la Aseguradora o que pertenece a cualquier de los grupos asegurables a que se refieren estas definiciones.

**ASEGURADOS TOTALES O TOTAL DE ASEGURADOS.** Es la suma de todos los Asegurado, titulares y sus dependientes económicos, aceptados con tal condición por parte de la Compañía Aseguradora.

**ATENCIÓN INMEDIATA.-** Son los procedimientos iniciales para estabilizar al asegurado, efectuados con la máxima prontitud posible.

**AYUDANTE O ASISTENTE MÉDICO.** Médico, o Cirujano, o Profesional de los Servicios médicos, que asiste o apoya al Prestador de los Servicios, durante el desarrollo de una operación quirúrgica o en la prestación de algunos de los Servicios médico. Y cuya participación es indispensable para una prestación de los Servicios con Calidad, eficiencia y de una forma integral.

**BENEFICIARIO.** Se refiere a cada uno de los dependientes del titular o a cada uno de los demás integrantes del grupo familiar que tendrán derecho a los beneficios del plan de salud y que aparecen especificados en cada una de las pólizas del seguro individual y en cada uno de los certificados de los seguros de grupo y colectivo.

**CITA INMEDIATA.-** Cita no programada y en la cual el paciente presente dolor agudo, concertada con la máxima prontitud posible.

**COASEGURO O COPAGO.** Porcentaje o cantidad fija del gasto total de los servicios médicos y/o de apoyo, a cargo del Asegurado, aplicable, en su caso, después del deducible para cada procedimiento o servicio médico; dicho porcentaje está establecido en la carátula de la póliza.

**CONSULTA EXTERNA.** Se refiere a la atención médica que se imparte tanto en el consultorio, como en el domicilio del paciente, sin la utilización de cama hospitalaria.

En las consultas externas se incluyen tanto las de primer contacto como las de especialidad. Cuando la consulta externa se derive de un padecimiento o enfermedad, este término se usará indistintamente.

**CONSULTA EXTERNA DE PRIMER CONTACTO.** Se refiere a la atención que ejecuta el médico general, familiar, pediatra, ginecólogo o internista, siempre que la consulta no se realice por referencia de una consulta de primer contacto, que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado a los pacientes ambulatorios en la unidad médica o a domicilio, con objeto de proporcionar asistencia médica o procedimientos preventivos.

**CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD.** Es la atención que imparten los médicos especialistas, con excepción de los definidos anteriormente, a pacientes ambulatorios, incluyendo los casos referidos por médicos en consultas de primer contacto.

**CONTRATANTE.** Es aquella persona física o moral que contrata por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación de la persona del tercero asegurado; quién, además, se compromete directamente con la Compañía Aseguradora, a realizar el pago de las primas.

**DEDUCIBLE ANUAL POR ASEGURADO.** Es el pago que en una única ocasión, durante la vigencia de la póliza, efectúa el asegurado al presentarse a recibir el primer servicio que otorga la póliza, independientemente de los pagos que por otros conceptos deba realizar dicho asegurado.

Dicha cantidad fija o porcentual que, en su caso, se establece en la carátula de la póliza o en alguno de los endosos de la misma, es determinada por el Contratante de la póliza al momento de establecer el contrato de Seguro correspondiente.

**DEPENDIENTES ECONOMICOS ELEGIBLES.** Un dependiente elegible es el cónyuge del asegurado titular y sus hijos que sean solteros, que no tengan ingresos de trabajo personal y que sean menores de 25 años de edad o aquellos que cumplan con las características especiales de los grupos asegurables, establecidos en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

**DIAGNOSTICO.** Determinación de una enfermedad por los signos que le son propicios mediante la auscultación o revisión clínica del paciente, que pueden requerir de otros métodos de corroboración como estudios de laboratorio y gabinete, modelos de estudio, etc., para poder establecer el tipo de padecimiento que dicho paciente sufra.

**EMERGENCIA.** Se considera como emergencia toda alteración física que ponga en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano o miembro corporal del asegurado.

**ENDOSO.** Documento Contractual de una póliza de Seguros, que modifica, previo acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, las condiciones de la Póliza de seguro.

**ENFERMEDAD.** Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales el sujeto presente modificaciones a su estado biopsicomotor y funcional, que amerite tratamiento médico. No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa a la salud del asegurado, de su tratamiento médico, quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

**ESTUDIOS DE GABINETE.** Se refiere a los estudios de diagnóstico en los que se utilizan los siguientes procedimientos: electrocardiograma, audiología, espirometría, electroencefalograma, pruebas electrofisiológicas, medicina nuclear y similar.

**EVENTO AMBULATORIO.** Se refiere al servicio que requiere de una estancia menor de 24 horas para la observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

**EVENTO HOSPITALARIO.** Se refiere a la actividad realizada para la restauración de la salud, que involucra un internamiento o un evento ambulatorio.

**EXAMEN DE LABORATORIO CLÍNICO.** Se refiere al análisis físico, químico y biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano e incluye servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa, cuyos resultados coadyuvan en el diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos.

**EXÁMENES DE IMAGENOLOGÍA.** Se refieren a exámenes auxiliares de diagnóstico, en los que se utilizan las siguientes técnicas: rayos X, ultrasonografía, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, espectro y similares.

**FARMACIA.** Establecimiento legalmente establecido y autorizado por la Aseguradora, para que el asegurado adquiera los medicamentos prescritos por el médico tratante de red, necesarios para su tratamiento.

**GABINETE y/o LABORATORIO.** Establecimiento legalmente establecido y autorizado por la Aseguradora, para que el asegurado se realice estudios o pruebas médicas, prescritas por el Médico tratante de red, para determinar el estado de salud o bien para observar el avance de la restitución de la salud del asegurado.

**GRUPOS ASEGURABLES.** Son :

- A) Los empleados u obreros de un mismo o diferente patrón, empresa o grupo empresarial, los grupos formados por una misma clase, en razón de su actividad o lugar de trabajo.
- B) Las Fracciones de sindicatos o de uniones o de agrupaciones de trabajadores,
- C) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación o por algún otro interés colectivo, de sus miembros constituyen colectividades asegurables.

Siempre y cuando cumplan con los mínimos que marca el artículo 1º del Reglamento de Seguro de Grupo.

**GRUPOS ASEGURADOS.** Lo conforman los integrantes de cada uno de los grupos asegurables detallados en relación específica, que incluye datos personales tanto del asegurado como de los dependientes, y que el contratante ha entregado a la Aseguradora y ésta los ha incluido en la relación de Asegurados anexa a la póliza y/o endoso específico que se emita.

**HOSPITAL O SANATORIO.** Establecimiento o Institución de Salud Legalmente registrado ante las autoridades correspondientes, para la atención médica Hospitalaria.

**HOSPITALIZACION.** Es el período de estancia continua del Asegurado en un Hospital o Sanatorio, como interno del mismo, con el fin de practicársele estudios, diagnósticos, operaciones médico quirúrgicas, etc., que permitan o faciliten la restauración de su salud.

Dicho periodo empezará a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

**INFECCIÓN NOSOCOMIAL.** Es la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en el periodo de incubación o en el momento de ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 horas hasta las 72 horas del ingreso del paciente al hospital, o en el periodo que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento base.



**INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR.** Se refiere tanto al titular como a cada uno de los beneficiarios en un plan de Salud.

**INTERNAMIENTO.** Se refiere al servicio que requiere el uso de una cama censable para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento del paciente.

**MEDICAMENTOS.** Substancias activas registradas ante las autoridades de Salud, referidas por un médico alópata previa consulta destinada al alivio, tratamiento o restitución de la salud del Asegurado.

**MÉDICO.** Persona que ejerce la Medicina Alópata, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión clasificándose como Médico General, Médico Especialista o Médico Cirujano.

**MÉDICO A DOMICILIO.** Médico General que acudirá al lugar a donde se encuentre al asegurado para poder otorgarle una consulta médica.

**MÉDICO ESPECIALISTA.** Médico que practica alguna o algunas ramas de la medicina, debidamente acreditado y certificado por el Consejo Médico de su especialidad.

**MONTO.** Se refiere al monto monetario o importe pagado que se requirió para cubrir los gastos de atención que se especifiquen, ya sea mediante recursos propios o de terceros. Este monto deberá incluir el importe pagado por la Institución de Seguros y el importe correspondiente al copago o coaseguro.

La suma del total de las variables de monto en la base estadística representa el monto total en atención médica o servicios de salud en que se incurrió en beneficio del integrante del grupo familiar. Por lo que los montos deberán ser reportados en una sola variable para evitar duplicidad en el registro.

**PADECIMIENTOS CONGENITOS.** Enfermedad que tuvo su origen durante el periodo de gestación, o por factores hereditarios, aunque sus síntomas se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento.

**PAGO DIRECTO.** Procedimiento mediante el cual la Compañía de Seguros paga directamente al Prestador de Servicios Médicos, con el cual tiene convenio específico sobre este procedimiento, para el pago por los servicios cubiertos por la póliza y proporcionados al Asegurado.

Para que exista pago directo, es requisito que la póliza o la fracción de prima pactada se encuentre pagada, además de que el Asegurado llame al centro de atención telefónica antes de acudir al Prestador de Servicios Médicos.

**PERIODO AL DESCUBIERTO.** Es el lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia el último día del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada, con la previa aceptación escrita de la Compañía de Seguros.

**PERIODO DE ESPERA.** Es el lapso predeterminado e ininterrumpido, que debe transcurrir para cubrir algunos padecimientos, establecidos en la Póliza.

**PERIODO DE GRACIA.** Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima anual total o la fracción de las primas pactadas en la Póliza, previo acuerdo por escrito entre la Aseguradora y el Contratante.

En este periodo no procede el servicio de pago directo, sin embargo, en caso de que durante el mismo, el asegurado llegare a hacer uso de algún servicio cubierto por la póliza, el pago del mismo se hará mediante el procedimiento de reembolso, siempre y cuando se haya cubierto la prima total o fracción correspondiente.

**PREEXISTENCIA.** Salvo endoso específico, este seguro no cubre Preexistencia, entendiéndose ésta como aquella enfermedad:

- a. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b. Por la cual se haya integrado un diagnóstico médico previo a la vigencia de la póliza, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- c. Aquella cuyos síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos para el asegurado, previo a la vigencia de la póliza, o en opinión del médico tratante.

**PROPONENTE.** Es la persona que solicita a la Aseguradora una oferta de un Seguro de Salud para sí mismo o para un tercero.

Las declaraciones firmadas por el proponente serán la base para el Contrato de Seguros.

El proponente está obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora todos los hechos importantes que puedan influir en la apreciación del riesgo, tales como las conozca o las deba conocer.

**PÓLIZA EXPIRADA.** Es aquella póliza en la que su periodo de vigencia terminó y no se renovó.

**PÓLIZA CANCELADA.** Es la póliza en la cual el derecho a los servicios del plan ha terminado por cualquier causa para todos los integrantes del grupo familiar.

**PÓLIZA REHABILITADA.** Es aquella póliza que venció en cualquier momento de su vigencia y que posteriormente fue puesta en vigor.

**TITULAR DEL SEGURO.** Es el asegurado principal del grupo familiar, es decir, la persona física por cuya previsión y cobertura se expide la póliza, en la cual aparece su nombre como asegurado principal.

**INTERMEDIARIO O AGENTE DE SEGUROS.** Es la persona física o moral, que lleva a cabo la intermediación en la contratación del seguro.

**RECLAMACIONES.** Son las solicitudes tanto de los asegurados como de los Prestadores de Servicio para hacer efectivo el pago originado por un evento amparado por la póliza.

**RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.** Es el reconocimiento del período ininterrumpido que cada Asegurado en lo particular, tuvo en otro plan de Salud con otra Aseguradora.

**RED.** Son los proveedores de servicios médicos, servicios de apoyo (farmacéutico, de ambulancia, de ópticas, laboratorio, gabinete y hospitalarios, etc.) o dentales, afiliados o vinculados mediante la protocolización de un convenio con la Compañía de Seguros, que tienen por objeto proporcionar al asegurado y/o a sus dependientes económicos el servicio con la calidad requerida, además de la aceptación de pago directo de los servicios amparados que resulten a cargo de la institución por la atención prestada a los asegurados, conforme a lo estipulado en la carátula de la póliza.

**REEMBOLSO.** Este procedimiento consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún servicio cubierto por la póliza, deberán ser liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios y que

posteriormente serán reintegrados por la Compañía de seguros al asegurado o a quien éste designe ante la Compañía, previa autorización del reembolso por la aseguradora.

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.** Es una opinión que puede ser requerida en adición a la del Médico Tratante, por el asegurado o por la compañía en caso de controversia en cuanto al diagnóstico o tratamiento médico original.

**SEGURO DE SALUD.** Es un seguro que tiene por objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado; su comercialización sólo esta autorizada exclusivamente a Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, (I.S.E.S.).

**SERVICIOS DE EMERGENCIA.** Los servicios de emergencia incluyen tanto al personal médico o paramédico como a los equipos, materiales y/o humanos, de apoyo que son necesarios y están disponibles las 24 horas de cada uno de los 365 días del año, para atender, tratar, o referir médica u odontológicamente a un paciente.

**SOLICITUD DE SEGURO.** Es el documento oficial para la Compañía, indispensable para la emisión de la póliza, la cual deberá ser llenada y firmada por el Contratante y/o por el Proponente y/o por el Agente de Seguros correspondiente y en la cual se establecen las instrucciones particulares de emisión de la póliza de que se trate.

**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS.** Solicitud de parte de los asegurados de algunos de los Servicios Médicos u Odontológicos amparados en la Póliza y/o endosos respectivos.

**TRATAMIENTO MÉDICO.** Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de una enfermedad o accidente.

Se tomará como un sólo tratamiento a aquel que continúe periódicamente conforme al plan establecido por el Médico Tratante.

Se tomará también como parte de un tratamiento todo aquel procedimiento que aún cuando no se haya diagnosticado inicialmente, resulte en el desarrollo del mismo y se pueda verificar.

## CLAUSULADO

**CONTRATO DE SEGURO DE SALUD.** Acuerdo celebrado entre la Compañía de seguros, los asegurados, y/o el contratante; mediante el cual la Compañía de Seguros se obliga a prestar Servicios tendientes a prevenir, curar y en su caso rehabilitar la Salud física de los asegurados.

Este Contrato de Seguros es conforme a la buena fe, al uso o a la ley, y se perfecciona, en los términos de la fracción I del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que el proponente tenga conocimiento de la aceptación de la oferta.

El dolo o mala fe de una de las partes y el dolo que proviene de un tercero, sabiéndolo aquella, anulan el contrato.

Este Contrato de Seguros esta constituido por:

1. La Solicitud de Seguro o Solicitud de Emisión de la Póliza
2. La carátula de la Póliza,
3. Consentimiento Individual
4. Los Endosos que en su oportunidad se emitan,
5. El Recibo oficial de pago,
6. Estas Condiciones Generales de la Póliza,
7. Las Condiciones Particulares que en su caso, se emitan,
8. La relación de Asegurados,
9. La Credencial de Seguro,
10. El Folleto Explicativo, y
11. Directorio de Prestadores de Servicios.

**DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y/O DOCUMENTOS CONTRACTUALES.** A petición escrita del Contratante y en cumplimiento del artículo 23 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, la empresa aseguradora podrá expedir, a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta y/o de sus modificaciones.

**VIGENCIA.** Salvo pacto en contrario, la vigencia de esta Póliza será de un año, en todo caso, se estará a la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

**DEFINICIÓN Y OBJETO DE LAS COBERTURAS.** Las coberturas están diseñadas para que los asegurados reciban a través de prestadores de servicio contratados previamente por la aseguradora, servicios médicos y conexos, de calidad y que les permitan satisfacer las necesidades preventivas, curativas y de rehabilitación de su salud, en ese sentido el objeto de cada cobertura se detalla a continuación:

***Consulta Médica***

El objeto de esta cobertura es cubrir los Honorarios Médicos por concepto de consultas médicas que necesite el asegurado, con un Médico General o Médico Especialista por cualquier afección de su salud.

***Médico a Domicilio***

El objeto de esta cobertura es cubrir los Honorarios Médicos por concepto de consultas médicas a domicilio que necesite el asegurado con un Médico General por cualquier afección de su salud.

La cobertura proporciona la visita de un Médico General en el Domicilio del Asegurado, a efecto de valorar médicamente al paciente y en su caso, referirlo a un Médico Especialista de la Red de la Compañía de Seguros o bien prescribirle medicamentos y/o referirle a los Laboratorios y/o Gabinetes de la Red.

***Ambulancia Terrestre***

Esta Cobertura cubre los gastos que por los Servicios de Ambulancia necesite efectuar el asegurado, para un traslado extra hospitalario terrestre, siempre y cuando se trate de un caso de atención y estabilización de pacientes que requieran traslados normales o de pacientes en terapia intensiva. (Son 10 los servicios anuales máximos cubiertos por persona.

***Lentes***

En caso de que el Asegurado requiera el uso de lentes por una deficiencia visual, previa valoración oftalmológica, se proporcionarán al paciente Lentes con valor hasta por la Suma Asegurada especificada en la carátula de la Póliza o sus endosos.

***Laboratorio y Gabinete***

Mediante esta cobertura se proporcionan los servicios de laboratorio y/o Gabinete que requieran los asegurados referenciados por un Médico General o Médico Especialista de la Red, previa consulta.

La Cobertura se otorgará conforme a un Cuadro Básico de Laboratorio y Gabinete, o bien a un cuadro Abierto de Laboratorio y Gabinete que se anexan en el endoso correspondiente.

### **Medicamentos**

En esta cobertura se proporcionan los medicamentos del cuadro de cobertura contratado que el Asegurado requiera y que le prescriba en Receta Médica, el Médico General o Médico Especialista de la Red, que lo haya atendido.

Esta cobertura se puede contratar en dos esquemas, a saber:

1. Cobertura de Cuadro Básico de Medicamentos.
2. Cobertura de Cuadro Abierto de Medicamentos.

### **Enfermera a Domicilio**

El objeto de esta cobertura es proporcionar los servicios de una Enfermera por concepto de atención y cuidados de enfermería a domicilio que necesite el asegurado por cualquier afección de su salud.

Este es un servicio programado con al menos un día de anticipación y en turnos de cuando más ocho horas continuas, con un máximo de treinta turnos por año de vigencia de la póliza o en su caso, a lo que al respecto se estipule en las condiciones particulares de la póliza o en los endosos relativos que al efecto se emitan.

**ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA.** La administración de la presente Póliza se efectuará de la manera siguiente:

1. Todo movimiento de alta o baja de asegurados deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de las veinticuatro horas a partir de la fecha en que se origino la inclusión o exclusión del asegurado en la póliza.
2. En atención a las instrucciones recibidas por el "Contratante", la "Aseguradora" registrará en sus archivos todo movimiento de Asegurados, en la forma siguiente:
  - i. En el caso de altas, a partir de la fecha en que lo solicite el Contratante.
  - ii. En el caso de baja de Asegurados, invariablemente será a partir de la fecha en que la "Aseguradora" tome conocimiento de dicha solicitud, misma que deberá ajustarse a lo indicado en el punto uno de la presente Cláusula.

3. Todo movimiento de alta o baja de asegurados deberá ser notificado por escrito al "Contratante, como parte de dicha notificación, la "Aseguradora" generará los documentos Contractuales correspondientes, tales como: endoso, credenciales, etcétera. Mismos que formarán parte del contrato a partir de su emisión.

4. Salvo pacto en contrario, invariablemente al termino de la vigencia de la Póliza se revisarán y ajustarán las primas netas anuales al cobro por concepto de movimientos de alta, baja y cambios en la póliza, generando la factura o recibo al cobro o la nota de Crédito o Cheque de devolución de primas correspondiente al resultado del ajuste anual efectuado.

5. El cálculo mencionado en el punto anterior, se realizará sobre la base de la prima neta pactada, calculando los días de cobertura de cada asegurado y cobrando o devolviendo la diferencia entre esta prima y la prima pagada de cada uno de ellos.

**MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.** Las condiciones generales o particulares de la póliza, las cláusulas y los endosos de adhesión respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la Aseguradora.

Dichas modificaciones deberán constar por escrito en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. (Artículo 19 de la Ley sobre el contrato de Seguro). En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerará aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Art.25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse a la Aseguradora por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

**COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO.** Los Asegurados, quedarán amparados en los términos y condiciones descritos en la Póliza y en los endosos correspondientes y de conformidad con las coberturas contratadas, cuyas definiciones y alcances se detallaron anteriormente. Por los



tratamientos o servicios cubiertos que requieran en el caso de cualquier afección de la salud del Asegurado, cubierta a partir de la fecha de inicio y hasta el final de la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

Los gastos quedarán cubiertos aplicando el deducible y coaseguro en los términos especificados en la póliza y/o endosos correspondientes y de conformidad a las condiciones particulares que en su caso se emitan para el plan de seguros que se contrate, hasta el beneficio máximo pactado y que también aparece en la carátula de la póliza.

Las notificaciones y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al contratante y/o asegurados, deberán efectuarse directamente o a través del Corredor o Agente Profesional de Seguros que administre la Póliza, en el último domicilio que de ellos conozca la Aseguradora.

#### **TERMINACION DEL SEGURO:**

##### **A) POR RESCISIÓN UNILATERAL DEL CONTRATANTE**

En caso de rescisión unilateral del contrato por parte del Contratante del Seguro, la aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; en tal caso, la Aseguradora podrá optar por:

- a. Si dicha cancelación ocurre cuando el período de vigencia esta en curso, la Aseguradora restituirá al Contratante las tres cuartas partes de las primas correspondientes al período por devengar.
- b. Si dicha rescisión unilateral tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr, el derecho se reducirá al reembolso del cien por ciento de la prima pagada, menos los gastos efectuados, incluyendo en su caso, los gastos de Adquisición que al efecto se hayan incurrido.

##### **B) POR SEPARACIÓN DE LOS ASEGURADOS POR TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL**

Los trabajadores que se separen definitivamente de la empresa contratante del seguro, dejaran de estar asegurados, ellos y sus dependientes económicos, desde el momento de la terminación de relación laboral del empleado con su patrón contratante del seguro, quedando sin validez alguna el certificado individual y/o credencial expedidos, siempre y cuando dicha separación laboral sea notificada la Compañía de Seguros.

### **C) POR VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA**

Todo tratamiento médico u odontológico será atendido por la Red de Prestadores de Servicios de la Aseguradora, bajo las condiciones estipuladas en la Póliza, sus Endosos y en las presentes Condiciones Generales, durante el período de vigencia de dicha póliza.

Cuando se dé por terminado el seguro por cualquiera de las formas antes mencionadas, la obligación de la Aseguradora de prestar el servicio dirigido a fomentar o restaurar la salud del asegurado terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse los límites a que se refiere la cláusula de límites máximos de responsabilidad; o
3. A los dos años de verificarse la terminación del contrato.

**USO DE LOS SERVICIOS.** Con el objeto de controlar el uso de los servicios amparados por las coberturas contratadas, se pone a disposición de los asegurados, un Sistema de Gestión Telefónica de Citas de Servicios Médicos, con el cual los asegurados podrán acceder a todos y cada uno de los servicios amparados por la Coberturas contratadas en la Póliza, en la que se encuentren vigentes.

Los servicios otorgados por cada una de las coberturas serán efectuados a través de una Red de Prestadores de Servicios Médicos externa a la Aseguradora, misma que se integra con profesionales de la Salud, los cuales son meticulosamente seleccionados bajo estrictos controles de Calidad y que cumplen con las siguientes requisitos:

Personal Médico: 1.- Profesional titulado, 2.- Especialista registrado en su correspondiente colegio de especialidades, 3.- Certificados por el Colegio de la especialidad de que se trate, 4.- Sin antecedentes de mala práctica o impericia profesional en servicios de apoyo, 5.- Consultorios debidamente instalados, de conformidad con las Normas de Salud vigentes, 6.- Equipo y material médico que cumplen al cien por ciento con las normas establecidas por la Secretaría de Salud.

En atención a la libertad de elección que conforme a derecho tiene el asegurado, en cuanto a la elección del médico o prestador de servicios, si la atención requerida por el asegurado no está dentro de la red de los

prestadores de servicio, se podrá solicitar la autorización correspondiente al centro de atención y se procederá a rembolsar, de acuerdo a los aranceles que se tengan pactados a liquidar en ese momento al prestador de servicios del asegurado, previa deducción de los deducible y coaseguro correspondientes.

En estos casos, la responsabilidad máxima de la compañía será igual a la establecida como el límite máximo de responsabilidad que por riesgo y/o evento se estipule en la póliza o en las presentes Condiciones Generales o en los endosos específicos de la Póliza contratada. Es responsabilidad única y exclusiva entre el asegurado y el médico tratante fuera de la Red, el requerir y hacer efectiva cualquier garantía que deban tener los trabajos y/o procedimientos médicos u odontológicos.

**RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.** Un mes antes del término de la vigencia del Seguro, si el contratante no da aviso por escrito a la Aseguradora de que no desea renovar la póliza, la ASEGURADORA emitirá la renovación de la póliza bajo las condiciones en que se encuentre a dicha fecha, para hacer efectiva dicha renovación, bastará que dentro del período legal de gracia el Contratante efectúe el pago de la prima de renovación, acreditado mediante el recibo expedido por la Aseguradora.

En cada renovación anual, la Aseguradora aplicará las primas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de renovación.

Al término de la vigencia de la póliza, concluirá la totalidad de las prestaciones de la póliza, a excepción de que la misma sea renovada, y sin perjuicio de lo señalado en la cláusula TERMINACIÓN DEL SEGURO.

**MONEDA.** Todo pago relativo a esta Póliza ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuará en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúe el mismo.

**PRIMAS.** La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo al tipo de plan que se haya contratado y vence en el momento de la celebración de la Póliza.

En cada movimiento de alta, o baja de Asegurados la prima se determinará de acuerdo con el plan contratado, aplicando las tarifas correspondientes.

Cada renovación, se efectuará de conformidad a las políticas, estructura de planes y tarifas que la Aseguradora tenga en vigor a esa fecha.

Si el Contratante conviene por escrito con la Aseguradora el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, en que para efecto del pago de la prima se hubiere dividido el periodo del Seguro; dicho convenio deberá hacerse constar por escrito por parte de la Aseguradora.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán a la misma las tasas de financiamiento que la Aseguradora tenga vigente en la fecha de emisión de la póliza.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la compañía contra entrega del recibo correspondiente.

A las doce horas del día del último día del periodo de gracia los efectos de la Póliza cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima ó fracción pactada.

**REHABILITACIÓN.** La póliza cancelada por falta de pago, podrá ser rehabilitada previa solicitud escrita del contratante y aceptación expresa y por escrito de parte de la Aseguradora, siempre y cuando el Asegurado y/o Contratante, haya manifestado por escrito y previo a la rehabilitación, la no existencia de siniestro alguno.

Dicha rehabilitación surtirá efectos a partir de la fecha señalada en el endoso de Rehabilitación que al efecto se emita, y siempre y cuando el Asegurado y/o Contratante haya pagado la prima total o la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado, en la misma fecha en que se rehabilite la Póliza.

**TERRITORIALIDAD.** La Póliza proporcionará al asegurado todos los beneficios de la Cobertura contratada, única y exclusivamente dentro del Territorio Nacional.

**EDAD.** La compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de 69 años. En los casos de renovación la póliza, los asegurados con antigüedad de al menos un año de estar Asegurados con la Aseguradora, podrán continuar en vigor hasta la fecha en que sean dados de baja del seguro directamente por el Contratante de la Póliza.

Por lo que respecta a los hijos de titulares, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta cumplir los 25 años de edad o hasta la edad que se estipule en los endosos o condiciones específicas que al respecto se emitan.

Cuando se compruebe que hubo una inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, la compañía no podrá rescindir el convenio, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración estuviera fuera de los límites de admisión fijados por la compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la prima no devengada existente en la fecha de su rescisión.

La compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

**ALTAS DE ASEGURADOS.** Se requiere notificación por escrito del contratante a la Aseguradora, incluyendo los datos requeridos para su inclusión en la Póliza, y lo anterior implica la aceptación de la obligación del pago de la prima que corresponda a los nuevos Asegurados.

El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante, traerá como consecuencia que la Aseguradora, en el caso de los nuevos integrantes del grupo asegurado no reciban los beneficios que otorga la Póliza, mientras no se efectúe el pago de la prima correspondiente y en consecuencia, la Aseguradora sólo proporcionará los servicios médicos u odontológicos, a los Asegurados que tengan la característica de estar incluidos en la relación del o de los grupos asegurados de la póliza detallados en ella o en los endosos respectivos y vigentes.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, la Compañía, cobrará la prima correspondiente calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

**BAJAS DE ASEGURADOS.** Los hijos de los asegurados que sean mayores de 25 años de edad serán dados de baja automáticamente en la póliza.

Cuando un Asegurado sea dado de baja de la empresa donde labore, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la Aseguradora cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato, el Seguro continuará en vigor para el Asegurado y el Contratante asumirá la responsabilidad correspondiente.

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo o colectividad asegurada, así como sus dependientes. Los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación del asegurado titular de la empresa contratante.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía devolverá, a prorrata, al Contratante la prima correspondiente a dicho Asegurado en el ajuste anual.

Para efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior, no se considerarán separados definitivamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, y por lo tanto continuarán asegurados hasta el vencimiento de la póliza en curso.

**CAMBIO DE CONTRATANTE.** Cuando haya cambio de Contratante en los seguros en que el Grupo Asegurado sea aquel a que se refiere el inciso a) de la definición de GRUPO ASEGURABLE, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza dentro de los 30 días siguientes a la fecha del cambio notificado por escrito al contratante y sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificado la rescisión de manera fehaciente al nuevo contratante. La aseguradora reembolsará a éste la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia inicialmente pactada.

**MEDIO DE CONTRATACIÓN.** El contratante que desee celebrar la contratación de una Póliza de seguros podrá hacerlo de manera directa o a través de un conducto o intermediario de seguros (Agente, Promotor o Apoderado).

En el caso de que la Póliza se celebre a través de un intermediario de seguros, éste lo hará en los términos del reglamento de agentes de seguros y fianzas, y podrá tramitar a nombre del contratante, ante la aseguradora la expedición de la cotización y/o endosos correspondientes. Dicho conducto o intermediario de seguros, deberá presentar un escrito en papel membreteado del contratante y firmado por el representante legal del mismo, en el cuál se le designe como la persona autorizada para intermediar en la contratación del seguro que se trate.

**OBLIGACION DE ASEGURAR.** El Contratante se obliga a solicitar Seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte del "grupo asegurable".

Asimismo se obliga a solicitar un seguro en los términos de esta póliza para todas personas las que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Aseguradora a dar por terminado este Seguro mediante aviso por escrito al Contratante comunicado con 30 días de anticipación.

En el caso de que la participación sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten con posterioridad a los primeros 30 días de la vigencia de la póliza, quedará sujeta a la aprobación previa de la Aseguradora.

**OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS.** Es obligación del asegurado dar aviso telefónico a la Aseguradora de toda solicitud de servicio médico u odontológico.

Sin excepción alguna, para recibir los servicios de las coberturas amparadas por la póliza contratada, se otorgará al asegurado un número de autorización, mismo que confirma la vigencia y cobertura del asegurado en la póliza que corresponda.

En su caso, el Médico tratante se comunicará a las oficinas de la Aseguradora, (una vez que el paciente acudió a su consultorio y se estableció un Plan de Tratamiento Específico), antes de su segunda cita, para indicar el Plan de tratamiento, monto y cantidad de citas aproximadas para la terminación del mismo, a efecto de que se le proporcione el complemento de su Número de Autorización y entonces proceda a proporcionar los servicios al asegurado.

Esta información debe de anotarse en los formatos de Historia Clínica y se requisarán de acuerdo a los procedimientos de trabajo establecidos.

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN.** El número de autorización es individual, por tratamiento o servicio solicitado e intransferible asimismo, dicho número caduca a los treinta días de haberse asignado.

En caso de que el plan de tratamiento requiera de más de treinta días para su total cumplimiento, antes del término de dicho lapso se deberá solicitar una nueva asignación del número de autorización.

**VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS REALIZADOS.** Con el fin de verificar los tratamientos realizados, la calidad del servicio proporcionado y de vigilar los derechos de los asegurados, la Aseguradora podrá comunicarse directamente con los asegurados o con los Contratantes que hayan utilizado los servicios amparados por la Póliza, o con los prestadores de Servicio para constatar los servicios, calidad o derechos mencionados.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a los Prestadores de Servicios, pruebas médicas adicionales de los tratamientos realizados.

### **REEMBOLSO PARA SERVICIOS REALIZADOS CON PRESTADORES DE SERVICIO FUERA DE RED.**

El asegurado que requiera un servicio ofrecido en la Póliza de seguros que no pueda ser proporcionado por la Aseguradora, podrá recibir los servicios a través de un prestador de Servicios fuera de la Red, siempre y cuando haya sido autorizado por la Aseguradora y se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el paciente se encuentre dentro de Territorio Nacional,
- Que no se cuente con los prestadores de servicios ofrecidos en la contratación de la póliza.
- Que el tratamiento que requiera sea de consulta inmediata o bien,
- Que una vez atendido por un médico u odontólogo de la red el paciente solicite una segunda opinión médica y la aseguradora autorice el que acuda a un médico fuera de red.

También procederá el reembolso en caso de Urgencia Médica, hasta por los límites de responsabilidad señalados en las presentes Condiciones Generales y/o en los Endosos de la Póliza, en la que el asegurado haya tenido que acudir a prestadores de servicio fuera de la red como consecuencia de saturación, falta de disponibilidad en el servicio o error de diagnóstico de la red.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el asegurado haya asistido previamente a algún Prestador de Servicios de la red de la Aseguradora, y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido de la atención de servicios médicos fuera de la propia red, debido a la misma urgencia médica. También en este caso y respecto de los Límites de Responsabilidad se atenderá a lo señalado en el párrafo anterior.

**PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO.** El paciente se comunica a las oficinas de la Aseguradora, para solicitar un número de autorización para su pago vía reembolso.



Se le comunicará al paciente el monto que la Aseguradora liquidará por el servicio de acuerdo al tabulador de Servicios o tratamientos correspondientes, así como la información que se deberá presentar para el trámite del reembolso.

La Aseguradora no se hará responsable por los servicios proporcionados por cualquier prestador de servicios fuera de la red ni por su aceptación de pago directo, ni por la calidad y/o garantías que el servicio médico requiera.

Los reembolsos que resulten procedentes conforme a las cláusulas precedentes, serán liquidados en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora reciba los documentos e información completa, que le permita conocer los fundamentos de la reclamación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía; si la reintegración se realiza en la semana siguiente al día en que se le notifique al asegurado, el monto a devolver será igual al monto recibido en demasía, en otro caso, el asegurado se obliga a pagar los intereses que hubiera devengado dicho monto pagado en exceso, a una tasa de Interés igual a la tasa de Cetes a 30 días, más tres puntos porcentuales adicionales.

**PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN.** Cuando el Asegurado solicite cualquier servicio médico amparado por la póliza, o los endosos respectivos, el asegurado liquidara la cantidad de deducible especificado en la carátula de la póliza para el servicio de que se trate, del importe así determinado se descontará el porcentaje del coaseguro señalado en la carátula de la misma.

**INTERESES MORATORIOS.** De conformidad con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en caso de que la Aseguradora, no obstante, de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar las obligaciones procedentes de los servicios médicos u odontológicos amparados por la Póliza, la Aseguradora deberá pagar una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se

hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

Sobre dichas Unidades de Inversión se pagará una tasa de interés igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

En caso de que no se publiquen las tasas de referencia, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya.

Los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago.

Para su cálculo, la tasa de referencia deberá dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

**COMPETENCIA.** Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente al decreto por el que se crea al Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

**PRESCRIPCIÓN.** Todas las acciones que deriven de este contrato prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley del Contrato Sobre Seguro, salvo en los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

## **LIMITACIONES GENERALES**

**PERIODO AL DESCUBIERTO.** No procede el pago de los servicios cubiertos por la Póliza, ni del pago directo por tratamientos, o de

padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante un periodo al descubierto.

Aún cuando la póliza se encuentre bajo esta situación, en caso de que el contratante decida mantener vigente la Póliza, la obligación de pago del 100% de la prima al cobro permanece firme. En caso, y siempre que haya procedido la Rehabilitación de la Póliza, los gastos en que haya incurrido el Asegurado y/o Contratante, por los Servicios amparados en la Cobertura de la Póliza, o sus Endosos o las Condiciones Particulares de la misma se efectuarán por la Vía de reembolso.

**LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD.** La Aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado y se encuentren detallados en la póliza de seguros correspondiente, o en sus Condiciones Particulares o en los Endosos que al efecto se emitan o en éstas Condiciones Generales, hasta por el Limite Máximo de Responsabilidad establecido para cada cobertura contratada.

Siempre que la Póliza de Seguros de Salud a la cual esté registrado el Asegurado se encuentre vigente, el Limite Máximo de Responsabilidad que tendrá la Aseguradora para fomentar o coadyuvar a la recuperación de cada paciente será igual a lo estipulado en la Póliza o en sus Endosos, e invariablemente se normará cuando más con base en lo siguiente:

#### COBERTURAS LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD

- Consulta con Especialistas 11 Consultas o lo establecido en cada póliza.
- Médico a Domicilio Máximo 10 Servicios por año de vigencia.
- Enfermera a Domicilio 30 Servicios por año de vigencia.
- Ambulancia Terrestre 10 Servicios por año de vigencia.
- Laboratorio y Gabinete
  - Cuadro Básico: de acuerdo a lo establecido en cada póliza.
  - Cuadro Abierto: de acuerdo a lo establecido en cada póliza.
- Lentes Valor máximo (Hasta \$zzz,zzz.zz, u xx% del salario mínimo mensual Vigente en la Zona del D. F)
- Medicamentos:
  - Cuadro Básico Lo establecido en cada póliza.
  - Cuadro Abierto Lo establecido en cada póliza.

**GASTOS Y SERVICIOS CUBIERTOS.** Si durante la vigencia de esta póliza, se solicita un servicio cubierto en la misma, la Aseguradora cubrirá, (previa deducción del deducible, en caso de que exista, y del coaseguro a cargo del asegurado), el costo de dichos servicios, de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en la Póliza.

Lo anterior tendrá lugar, siempre que los servicios hayan sido efectuados dentro de la República Mexicana y el Asegurado se encuentre vigente dentro del periodo de cobertura al momento de requerir el servicio.

Los siguientes gastos se cubrirán siempre y cuando se establezcan en el endoso correspondiente y se realicen por la utilización de un servicio cubierto en el mismo:

- A.** Honorarios por consultas médicas en Sanatorio u Hospital, consultorio o domicilio de acuerdo a lo detallado en la relación anexa a la carátula de la póliza bajo el nombre de Servicios Cubiertos.
- B.** Gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, electrocardiogramas, ultrasonido, o cualquier otro incluido en el endoso correspondiente.
- C.** Gastos por Servicios Odontológicos de acuerdo a lo especificado en el plan o cobertura contratada y/o al endoso correspondiente.
- D.** Todo tratamiento o servicio médico u odontológico no detallado en estas condiciones o en la carátula de la póliza se podrá incluir previo acuerdo con la aseguradora y emisión del endoso que corresponda obligándose el contratante al pago de la prima respectiva.

## **EXCLUSIONES**

**Esta póliza no cubre gastos por concepto de:**

- 1.** Tratamientos dentales, a menos que se estipule su cobertura en la póliza, o en sus endosos o en condiciones particulares de la misma.
- 2.** Gastos originados por la compra o renta de aparatos ortopédicos.
- 3.** Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos o prótesis ya existentes a la fecha del tratamiento.
- 4.** Lesiones recibidas al participar el Asegurado en Alguna riña como provocador.

5. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictuosos.
6. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
7. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
8. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento dental o médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza, a menos que su cobertura este especificada en la propia póliza o, en endoso o condiciones particulares específica.
9. Los servicios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, vegetariano cualquier médico que no cuente con cédula profesional.
10. Gastos efectuados por el propio Asegurado que no tengan relación con el programa de tratamiento médico u odontológico autorizado por la Aseguradora al médico u odontólogo tratante.
11. Tratamientos dentales o médico o quirúrgicos experimentales, de los que no este debidamente comprobada su eficiencia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
12. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de los deportes como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, jockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha Greco Romana y artes marciales. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de la tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, Go Karts, Jet Ski y cualquier tipo de deporte aéreo.
13. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta y aprendizaje.
14. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía.
15. Tratamientos médicos-quirúrgicos de cualquier carácter.
16. Tratamiento médico quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez.

17. Tratamientos médicos quirúrgicos o tratamientos para control de la natalidad y sus complicaciones.
18. Tratamiento médico quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevos.
19. Tratamiento médico quirúrgico basándose en hipnotismo y quelaciones.
20. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se someta en estado de enajenación mental.
21. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado.
22. Lesiones que ocurran estando el Asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico o a menos que no pueda imputarse al asegurado culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.
23. Ambulancia aérea.
24. Se excluyen todos aquellos tratamientos a consecuencia de los padecimientos siguientes:
  - i. SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirido),
  - ii. VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)
  - iii. Retrovirus, etc.
25. Todo tratamiento no incluido en la carátula de la Póliza o en un endoso anexo correspondiente y, en su caso, toda exclusión especificada en los endosos anexos a la póliza.
26. Renta de equipo para recuperación, como por ejemplo: sillas de ruedas, muletas, pulmón de acero o cualquier otro equipo usado para el tratamiento.
27. Tratamientos médicos de carácter reconstructivo, o estético.

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO**

**ACCESO O ATENCIÓN.** Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios, que el resto de los pacientes del Prestador de Servicios de que se trate, que no sean Asegurados.

**RESPECTO Y DIGNIDAD.** El trato al paciente o usuario deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad de los usuarios. Asimismo, la información relativa a los usuarios deberá preservar la confidencialidad.

**SEGURIDAD PERSONAL.** El usuario tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.

**IDENTIDAD.** El paciente o usuario tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

**INFORMACIÓN.** El usuario tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto a lo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

**COMUNICACIÓN.** El enfermo o usuario tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

**CONSENTIMIENTO.** El paciente o usuario no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.

Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

**CONSULTAS.** El paciente o usuario tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en la Póliza de servicios respectivo.

**NEGATIVA AL TRATAMIENTO.** El paciente o usuario tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.

**SELECCIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL.** El paciente o usuario tiene derecho de seleccionar al médico y/u hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en la Póliza de servicios respectivo.

**RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.** Los médicos profesionales son los responsables directos ante él mismo y ante los asegurados de la prestación de los servicios médicos a que se refiere a la presente Póliza, por ser las personas que cuentan con autorización otorgada por las autoridades del país, y la capacidad profesional para ejercer la medicina.

Por la razón anterior el profesionista ha deslindado a la compañía, a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier tipo de responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones y omisiones que impliquen negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas.

El que preste servicios profesionales, solo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito, originadas por dichas irregularidades del profesional de los servicios médicos, en la atención del paciente.

**Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros, por registro número**

---





### **III.2.2.3. FOLLETO EXPLICATIVO Y SUPLEMENTO AL FOLLETO EXPLICATIVO, PARA USO DEL USUARIO**

La cláusula cuadragésima quinta de las Reglas para la operación del ramo de salud, establece que las ISES deberán entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguros. Dicho folleto debe describir de forma clara y precisa tanto el plan de seguros que se haya contratado; así como la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados; las características relevantes de la póliza, tales como: coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera, prescripciones, entre otros.

Asimismo, el folleto deberá detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados.

Dicha cláusula dispone también que, el folleto deberá contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales empleadas por la ISES para la atención de sus asegurados, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General; así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado, y otros prestadores que podrán ser utilizados por éste, así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones. Adicionalmente, el suplemento deberá establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

Este folleto y el suplemento al mismo, se deben presentar ante la Comisión al momento de registrar la documentación contractual.

Bajo estas especificaciones, se propone como contenido del folleto explicativo, y como el propio folleto, el documento siguiente:

## **CONTENIDO**

1. Introducción
2. Descripción de Planes de Salud.
3. Coberturas
4. Elección de Prestadores de Servicios fuera de la Red
5. Forma en que se Acceden los Servicios
6. Características relevantes del Plan.
7. Políticas y mecanismo de recepción y seguimiento de reclamaciones.
8. Exclusiones
9. Directorio de Prestadores de Servicios para la atención de los Asegurados.

## 1. INTRODUCCION

Queremos darle la más cordial bienvenida al innovador y eficaz Plan Médica con el que tendrá acceso a la amplia gama de servicios médicos y dentales con una atención personalizada por parte de médicos generales y especialistas de alta calidad.

La Aseguradora se ha caracterizado por brindarle a usted y los suyos el servicio óptimo que requieren, orientando todo nuestro esfuerzo para satisfacer sus necesidades médicas y dentales, por lo que le entregamos este directorio, el cual será la guía de sus nuevos servicios médicos y dentales, donde encontrará los datos de los Médicos de práctica general, especialistas y teléfonos de Urgencias, con una guía para que usted obtenga fácilmente la alternativa más adecuada para la atención de sus problemas de salud.

**¡CON UNA LLAMADA BASTA!**

### **EMERGENCIAS**

***D. F. Y AREA METROPOLITANA***

99999999

**TODA LA REPUBLICA SIN COSTO.**

(las 24 horas del día)

**CONCERTACION DE CITAS**

De Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 Hrs.  
Y Sábados de 8:00 a 14:00 Hrs.

Estos teléfonos vienen en la credencial de la Aseguradora por lo que sugerimos llevarla siempre consigo para una mejor atención en nuestros servicios.

## 2. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE SALUD.

El Plan Médica, con el cual está usted asegurado, es un producto de **Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. De C. V.**, en el cual se cristaliza y da congruencia a uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud: el Garantizar a través de una Institución de Seguros Especializada en Salud, la prestación de servicios para la promoción, prevención diagnóstico, tratamiento y en su caso, la rehabilitación de la salud de las personas.

Es decir, su Plan de Seguros de Salud tiene como objetivo fundamental, el lograr y mantener su salud dentro de los estándares médicos u Odontológicos aceptables a su edad, constitución física, así como a las circunstancias personales de su ámbito familiar, social, laboral y en general, a su forma de vida, todo esto mediante acciones conjuntas, entre usted y la Aseguradora.

Lo anterior lo lograremos mediante la administración de los servicios de nuestra Red Medica Nacional y de acuerdo a la cobertura del plan contratado (esto podrá hacer variar los copagos que se tengan que liquidar por la obtención de cada servicio mencionado a continuación):

**Los Médicos y Prestadores de Servicios de nuestra Red** gozan de prestigio en sus plazas y cuentan con la infraestructura necesaria para brindarle la mejor atención. A los cuales tendrá acceso para atención médica mediante la solicitud de cita con la Aseguradora.

**En los servicios de apoyo de diagnóstico** lo contactaremos con nuestros médicos quienes lo podrán referir a Laboratorios, Gabinetes, farmacias, enfermeras y médicos a domicilio así como ambulancias; quienes cuentan con todos los insumos para realizar los procedimientos clínicos o paraclínicos así como de instrumentos y aparatos de alta tecnología para la realización y obtención de resultados de los estudios a realizar para su diagnóstico adecuado.

Estos servicios estarán a su disposición, en caso de ser necesarios las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año. Y usted únicamente debe seguir al pie de la letra todas y cada una de las indicaciones de su médico tratante que haya elegido de la Red de Prestadores de Servicios Médicos.

### 3. COBERTURAS

Con el fin de que usted conozca a que servicios puede tener acceso, le detallamos el objetivo de cada una de nuestras coberturas:

#### *Consulta Médica*

El objeto de esta cobertura es cubrir los Servicios Médicos por concepto de consultas médicas que necesite el asegurado, con un Médico General o Médico Especialista por cualquier afección de su salud y podrán acudir las veces que lo necesiten ya que este servicio no tiene restricciones ni preexistencias.

#### *Médico a Domicilio*

El objeto de esta cobertura es cubrir los Servicios Médicos por concepto de consultas médicas a domicilio que necesite el asegurado con un Médico General por cualquier afección de su salud, (sujeto a disponibilidad en su localidad).

La cobertura proporciona la visita de un Médico General en el Domicilio del Asegurado, a efecto de valorar médicamente al paciente y en su caso, referirlo a un Médico Especialista de la Red de la Aseguradora o bien prescribirle medicamentos y/o referirle a los Laboratorios y/o Gabinetes de la Red.

#### *Ambulancia Terrestre*

Esta Cobertura cubre los Servicios de Ambulancia que necesite el asegurado, para un traslado extra hospitalario terrestre, siempre y cuando se trate de un caso de atención médica, estabilización de pacientes que requieran traslados normales o de pacientes que requieran terapia intensiva. (Sujeto a disponibilidad en su localidad y plan contratado).

#### *Lentes*

En caso de que el asegurado requiera el uso de lentes por una deficiencia visual, previa valoración oftalmológica, se proporcionarán al paciente lentes con valor hasta por la Suma Asegurada especificada por la carátula de la Póliza o sus endosos.

### *Medicamentos*

En esta cobertura se proporcionan los medicamentos del cuadro de cobertura contratado que el Asegurado requiera y que le prescriba en Receta Médica, el Médico General o Médico Especialista de la Red, que lo haya atendido.

Esta cobertura se puede contratar en dos esquemas, a saber:

1. Cobertura de Cuadro Básico de Medicamentos.
2. Cobertura de Cuadro Abierto de Medicamentos.

### *ENFERMERA A DOMICILIO*

El objeto de esta cobertura es proporcionar los servicios de una Enfermera por concepto de atención y cuidados de enfermería a domicilio que necesite el asegurado por cualquier afección de su salud, cuando se haya indicado por algún médico de Red.

Este es un servicio programado con al menos un día de anticipación y en turnos de cuando más ocho horas continuas, con un máximo de treinta turnos por año de vigencia de la póliza o en su caso, a lo que al respecto se estipule en las condiciones particulares de la póliza o en los endosos relativos que al efecto se emitan, (sujeto a disponibilidad en su localidad).

### *COBERTURA DENTAL*

La cobertura dental solo cubre honorarios de los odontólogos, quedando excluidos: los medicamentos, los gastos de hospitalización, los conceptos no incluidos en la tabla de honorarios, los tratamientos experimentales, etc.

Es un seguro que brinda servicios odontológicos para satisfacer las necesidades de salud bucal en las personas. Con esta cobertura el asegurado gozará de beneficios en los servicios, según lo indicado en el Tabulador Dental anexo.

#### **4. ELECCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS FUERA DE LA RED**

Con el objeto de facilitar el uso de los servicios amparados por las coberturas contratadas, la Aseguradora administrará las citas y servicios que otorga la Póliza.

Es decir, la Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., vigilará que los asegurados acudan a recibir los beneficios amparados, con los prestadores de servicios médicos de la Red, que se pone a disposición de ellos.

En caso de que alguno de los asegurados requiera del uso de prestadores de servicios fuera de la Red y atendiendo a la libertad de elección que conforme a derecho tiene el asegurado, previa autorización de la Aseguradora la cual se proporciona en el Centro de Atención Telefónica, se facilitará la atención con médicos fuera de la Red de Prestadores de Servicio, en cuyo caso, la responsabilidad máxima de la compañía será igual a la establecida en la póliza, las Condiciones Generales o endosos específicos, previa deducción de los porcentajes de coaseguro y/o deducible respectivos.

## 5. FORMA EN QUE SE ACCEDEN LOS SERVICIOS.

### **Consulta Médica:**

En los casos en que el servicio solicitado sea de Consulta Médica u Odontológica de primera vez o subsecuente, invariablemente el Asegurado deberá comunicarse a la Aseguradora, para solicitarla y seguir las instrucciones que se le den. Las especialidades médicas de tercer contacto están disponibles únicamente en algunas ciudades.

La Aseguradora canalizará directamente a los Asegurados al consultorio del Médico General o Especialista en los días y horario que se hayan acordado entre Profesional de los Servicios Médicos, el Asegurado y la Aseguradora.

Una vez acordada la cita, la Aseguradora invariablemente otorgará al Asegurado y al profesional de los servicios números de autorización independientes y complementarios, uno del otro, con los que se identifica de manera inequívoca el servicio solicitado y en la fecha de otorgamiento del servicio el registro del mismo.

Para efectos de control administrativo, el número de autorización tiene una vigencia de xx días. Si el tratamiento a realizar requiere de más tiempo de atención, esto lo debe informar el Profesional de los servicios médicos al paciente, es indispensable solicitar un nuevo número de autorización al término de los xx días. El número de autorización es individual, por servicio solicitado e intransferible.

En el caso de que un Asegurado haya concertado una cita y no pueda acudir o no acuda a ella, debe volver a comunicarse a la Aseguradora para cancelar dicha cita y reprogramarla.



Para recibir atención de algún tipo de Terapia, ya sea Física o de Psicología, éstas deberán ser cubiertas por el usuario. Para ofrecer apoyo en estos servicios, que generalmente son complementos de alguna Consulta Médica, los proveedores del servicio, previo acuerdo con la Aseguradora, otorgan Costos Preferenciales.

Los servicios de apoyo médico como Laboratorio y Gabinete, en caso de estar amparados por la póliza, se proporcionan mediante una referenciación del Profesional Médico tratante, entendiéndose por esto lo siguiente:

Aún cuando en la Póliza se encuentre contratada la cobertura de que se trate, el Asegurado debe acudir primeramente a una consulta médica en donde el médico tratante de Red le proporcionará la receta en la cual le prescribirá los medicamentos, análisis de laboratorio, gabinete, etc., que el Asegurado requiera.

Una vez que el Asegurado tenga en su poder la referencia del médico tratante, se comunica con la Aseguradora quien le indicará y a su vez lo referenciará con el Prestador de Servicios Médicos que le quede más cercana y conveniente al asegurado, en función a su ubicación física o conveniencia de traslado.

## 6. CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DEL PLAN.

Los beneficios contratados en el plan se caracterizan por las siguientes:

### **Coberturas**

1. Todos los Servicios se otorgan dentro del Territorio Nacional.
2. Todos los Profesionales Médicos y Odontológicos están Certificados dentro de la especialidad o especialidades en la(s) cual(es) están otorgando sus servicios.
3. Consultas con Médicos y Odontólogos de todas las especialidades
4. Atención de Médicos y Enfermeras a domicilio.
5. Servicio de ambulancia Terrestre las 24 horas de cada uno de los 365 días del año.
6. Estudios de laboratorio y Gabinete con Instituciones altamente capacitados y eficientes.
7. En su caso, suministro de medicamentos originales.
8. Todos los Consultorios, Clínicas u Hospitales que integran la Red de Prestadores de Servicios Médicos, cumplen ampliamente las normas Mexicanas en materia de Instalaciones y equipo médico.

9. Asistencia Médica Telefónica las 24 horas de los 365 días del año.
10. Costos reducidos en servicios no cubiertos.

#### Elección de Prestadores de Servicios fuera de la Red:

Se autoriza el reembolso de los gastos que se hayan realizado en territorio nacional al asegurado, siempre y cuando:

- a. Exista un número de autorización otorgado por la Aseguradora.
- b. Falta de Red, entendiéndose esto, en el sentido de que la Red que se ofreció al cliente en la plaza y especialidad que aparece en su directorio de servicios médicos, no otorgue el servicio solicitado.
- c. Que el tratamiento que requiera sea de Atención inmediata, y no se cuente con el servicio.
- d. Medicamentos, Estudios de laboratorio y/o gabinete, etc., recetados por el médico especialista de Red apegándose a lo especificado en el cuadro de medicamentos y a los límites máximos de responsabilidad descritos en la póliza contratada y/o en los endosos y/o Condiciones específicas. Y que no los haya otorgado proveedor de Red.
- e. Por causa imputable al personal de la Aseguradora o de los Prestadores de Servicios Médicos o auxiliares de los médicos de la Red, al otorgar el servicio al afiliado que desconozcan o mal informen de las condiciones, derechos y beneficios del plan contratado.
- f. Que una vez atendido por un médico u odontólogo de la Red el paciente solicite una segunda opinión médica y la Aseguradora autorice el que acuda a un médico fuera de Red.

#### 7. POLÍTICAS Y MECANISMO DE RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECLAMACIONES.

En atención a lo dispuesto al artículo 50 Bis, de la Ley de Protección y Defensa del Usuario de Servicios Financieros, la Aseguradora a través de su Unidad Especializada en atender las consultas y reclamaciones de los Usuarios, todo reclamo relativo a las inconformidades que por los servicios amparados y contratados por la póliza de que se trate, tengan los Asegurados.

Se dará atención a las quejas de los asegurados relativas a la atención médica, dental o de proveedores consistente en la calidad de servicio y

atención. Por otro lado, también se hará la conciliación de las quejas de los prestadores de servicios con respecto a la Aseguradora.

Las diversas quejas generadas por el Centro de Atención, Auditoría, Área Comercial y/o directamente del Asegurado, deben ser recibidas y atendidas.

La solución de éstas quejas y su respuesta se hará al área que las solicitó por escrito, mediante una carta dirigida al Asegurado.

También, generando un reporte estadístico de las quejas y sus soluciones y comentarios.

Todo lo cual lleva a mantener un proceso de mejora continua en la Atención del Servicio y en los Procedimientos de Operación.

#### LÍNEA DE COMUNICACIÓN Y SOLUCIÓN DE QUEJAS

Cada vez que el Asegurado o Contratante, haga llegar una queja al Área Comercial ésta enviará un correo electrónico a la Coordinación de Calidad Estadística con los datos requeridos para una respuesta en un tiempo máximo de xx hrs.

Las solicitudes de solución de quejas recibidas por esta área deberán estar documentadas ya sea por el correo electrónico enviado o documento impreso para llevar el registro de insatisfacciones por cliente.

Es necesario que cada queja contenga lo siguiente para una fácil ubicación e investigación, y así poder agilizar la respuesta a la insatisfacción:

1. Nombre de la empresa.
2. Nombre del paciente.
3. Nombre del Titular (Opcional).
4. Número de autorización.
5. Servicio que generó queja (Consulta, Laboratorio, etc.).
6. Nombre del Prestador de Servicio.
7. Fecha del servicio (Opcional).
8. Persona de Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. De C. V., que atendió la llamada.

Si en el lapso de tiempo antes señalado no se tiene respuesta por parte de la Coordinación de Calidad y Estadística, la persona que realizó la solicitud (Administrador comercial, Gerente o Director), contactarán a la Dirección de

Operaciones para que se informe de la situación o se le dé solución a la queja realizada por el Asegurado.

## **8. EXCLUSIONES**

**Esta póliza no cubre gastos por concepto de:**

- 1. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, parodontales protésicos o de ortodoncia cualquiera que sea su naturaleza y origen no especificados como servicios cubiertos.**
- 2. Gastos originados por la compra o renta de aparatos ortopédicos.**
- 3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en Alguna riña.**
- 4. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter internacional.**
- 5. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- 6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.**
- 7. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento dental o médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.**
- 8. Los servicios y cualquier tipo de tratamiento realizado por acupunturistas, naturistas, vegetariano cualquier médico que no cuente con cédula profesional.**

**9. Gastos efectuados por el propio Asegurado que no tengan relación con el programa de tratamiento médico u odontológico autorizado por la Aseguradora al médico u odontólogo tratante.**

**10. Tratamientos dentales o médico o quirúrgicos experimentales, de los que no este debidamente comprobada su eficiencia para corregir lesiones o afecciones del organismo.**

**11. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de los deportes como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha Greco Romana y artes marciales. Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de la tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, Go Karts, Jet Ski y cualquier tipo de deporte aéreo.**

**12. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta y aprendizaje.**

**13. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía.**

**14. Tratamientos quirúrgicos de cualquier carácter.**

**15. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez.**

**16. Tratamientos médicos o quirúrgicos o tratamientos para control de la natalidad y sus complicaciones.**

**17. Tratamiento médico o quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.**

**18. Tratamiento médico o quirúrgico basándose en hipnotismo y quelaciones.**

**19. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se someta en estado de enajenación mental.**

**20. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado.**

**21. Lesiones que ocurran estando el Asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.**

**22. Ambulancia aérea.**

**23. Se excluyen todos aquellos tratamientos a consecuencia de los padecimientos siguientes:**

- SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirido)
- VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)
- Retrovirus, etc.

**24. Todo tratamiento no incluido en la carátula de la Póliza o en un endoso anexo correspondiente y, en su caso, toda exclusión especificada en los endosos anexos a la póliza.**

**25. Renta de equipo para recuperación, como por ejemplo: sillas de ruedas, muletas, pulmón de acero o cualquier otro equipo usado para el tratamiento.**

**26. Tratamientos médicos de carácter reconstructivo, ó estético.**

Este documento y la Nota Técnica que lo fundamenta están registrados ante la comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedad Mutualistas de Seguros, por registro número \_\_\_\_\_.

## SUPLEMENTO AL FOLLETO EXPLICATIVO

En concordancia con lo ordenado por la legislación vigente, el suplemento al folleto explicativo, debe incluir como mínimo, los campos siguientes:

NO. DE CAMPO	NOMBRE DEL CAMPO
1	ENTIDAD FEDERATIVA
2	CIUDAD DONDE SE UBICA EL PRESTADOR DE SERVS.
3	NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVS.
4	TIPO DE SERVICIO QUE PROPORCIONA
5	CERTIFICACION
6	FECHA DE LA CERTIFICACIÓN
7	VENCIMIENTO DE LA CERTIFICACIÓN
8	R. F. C.
9	ESPECIALIDAD
10	DOMICILIO
11	TELEFONOS
12	CONSTANCIAS DE EXPERIENCIA EN SU ÁMBITO DE APLICACIÓN

### III.2.2.4. Contratos tipo suscritos con los Prestadores de Servicios.

La cuadragésima Tercera de las reglas para la Operación del Ramo de Salud, que a la letra dice: “Las ISES deberán presentar conjuntamente a las notas técnicas que registren ante la Comisión, en la forma y términos que ésta lo determine, los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios relacionados con las coberturas amparadas en los contratos de seguros respectivos con sus asegurados.”

En consecuencia, deben prepararse dichos contratos para todas y cada una de las coberturas que lo requieran, vigilando que los mismos se adecuen en forma adicional a lo que al respecto se establece en el Código Civil de la Federación, a la legislación vigente en materia de seguros.

A continuación se proponen modelos prototipos de dichos contratos para las coberturas de: Consulta Médica, Enfermera a Domicilio y Lentes,

En general, las partes integrantes de los contratos tipo con los prestadores de servicios comprenderán:

1. Especificación de las partes que celebran el contrato.
2. Las Declaraciones: en donde se especifican las características y personalidades jurídicas de cada una de las partes.
3. Las Cláusulas: conjunto de reglas y compromisos a que se someten de mutuo acuerdo ambas partes, poniendo particular atención en:
  - a. El objeto que se persigue en la especificación del propio contrato.
  - b. Promoción y prestación de los servicios médicos profesionales.
  - c. Derechos de los asegurados.
  - d. La especificación de los términos de la cobertura.
  - e. De las Características de las instalaciones y equipo donde se prestarán los servicios médicos.
  - f. De la gestión administrativa con la Aseguradora.
  - g. De la vigencia de cada contrato,
  - h. La responsabilidad civil profesional.



## Contrato Prototipo para Consulta Médica:



CONTRATO DE SERVICIOS DE INCORPORACIÓN Y PROMOCIÓN QUE CELEBRAN DE UNA PARTE EL DR.(Dra.)

\_\_\_\_\_ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "EL PROFESIONISTA", Y POR LA OTRA PARTE La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. DE C.V. EN LO SUCESIVO "LA ASEGURADORA", REPRESENTADA POR EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE Y APODERADO LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

### DECLARACIONES

#### 1. DE "EL PROFESIONISTA":

1. Que es una persona física, con plena capacidad para la celebración del presente contrato, por estar en pleno uso y goce de sus derechos.
2. Que es <<Médico-Cirujano>> Titulado, con cédula No. \_\_\_\_\_ con Especialidad en \_\_\_\_\_ con cédula No. \_\_\_\_\_ Registro No. del consejo de su Especialidad.
3. Que su Registro Federal de Contribuyentes es \_\_\_\_\_ y CURP \_\_\_\_\_.
4. Que su domicilio, para efectos del presente contrato, es el de su consultorio, que se encuentra ubicado en \_\_\_\_\_, en el cual puede recibir todo tipo de avisos y notificaciones administrativas y judiciales.
5. Que desea que "LA ASEGURADORA", lo incorpore como Médico de la Red de Prestadores de Servicios Médicos, para que a través de la misma sean promovidos sus servicios profesionales.

#### 2. DE "LA ASEGURADORA"

- a. Que es una Sociedad Anónima de Capital Variable, constituida conforme a las leyes mexicanas, tal y como consta en la escritura XXXX, de fecha xx de xxxxxxxxxxxx del año xxxxxxxx, otorgada



Expuestas las declaraciones, las partes convienen en obligarse en términos de las siguientes:

### **CLÁUSULAS**

**PRIMERA: OBJETO.-** Es objeto del presente contrato el que:

1. Por una parte, "LA ASEGURADORA" incorpore a su Red de Servicios Médica, a "EL PROFESIONISTA", para que los servicios profesionales que éste proporciona, sean promovidos a su vez por "LA ASEGURADORA", mediante la inclusión de "EL PROFESIONISTA" en el directorio que se distribuye entre sus "ASEGURADOS".
2. Por la otra parte, "EL PROFESIONISTA" proporcione a los "ASEGURADOS" de "LA ASEGURADORA", que así se lo soliciten, los servicios odontológicos o médicos profesionales, que más adelante se detallan, en los que "EL PROFESIONISTA" garantice excelencia en su práctica, ética, profesionalismo y calidez hacia "EL ASEGURADO" en el servicio propio de su especialidad.

**SEGUNDA: PROMOCIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES.-** "LA ASEGURADORA" se obliga a promover los servicios profesionales de "EL PROFESIONISTA" entre sus clientes y "LOS ASEGURADOS", mediante la incorporación de los datos de "EL PROFESIONISTA" en el Directorio.

**TERCERA: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PROFESIONALES.-** "EL PROFESIONISTA" se obliga ante "LA ASEGURADORA", a proporcionar, en los términos de la Cláusula primera, a los "ASEGURADOS" de esta, cuando así lo soliciten, servicios Médicos consistentes en consultas. En caso de atención inmediata "EL PROFESIONISTA" si así lo estima necesario y los "ASEGURADOS" así lo consienten, proporcionará a estos la atención que el padecimiento requiera, solicitándoles como requisito la identificación que los acredite como "ASEGURADOS" de "LA ASEGURADORA"

**CUARTA: CONSULTAS.-**"EL PROFESIONISTA" prestará sus servicios profesionales consistentes en consultas, en las instalaciones propias de su consultorio y en sus horarios habituales. En caso de que por fuerza mayor "EL PROFESIONISTA" se encuentre imposibilitado para prestar el servicio, canalizará a los "ASEGURADOS" con otro especialista de la misma red, siempre y cuando "LA ASEGURADORA" se lo haya autorizado. En caso de

que se trate de un profesional médico adscrito a la misma unidad de atención, no será necesario requerir la autorización de "LA ASEGURADORA", en este caso solo se deberá dar aviso de manera inmediata a "LA ASEGURADORA".

"EL PROFESIONISTA" se obliga con "LA ASEGURADORA" a proporcionar a los "ASEGURADOS", la atención profesional de acuerdo, en su caso, a su especialidad y según el origen del padecimiento.

Estos servicios se prestarán con excelente calidad, puntualidad en citas, reportarse a las llamadas del asegurado, actitud, asesoría médica y administrativa hacia el "ASEGURADO", siguiendo las normas profesionales y de conducta que satisfagan adecuadamente la relación Médico-Paciente y de conformidad a las Normas de Trabajo de "LA ASEGURADORA".

**QUINTA: DERECHOS DE "LOS ASEGURADOS".-** "EL PROFESIONISTA" se obliga en todo momento a garantizar en favor de los "ASEGURADOS" los siguientes derechos.

- **ACCESO O ATENCIÓN:** Los asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- **RESPECTO Y DIGNIDAD:** El trato al paciente o asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad de los asegurados. Asimismo, la información relativa a los asegurados deberá preservar la confidencialidad.
- **SEGURIDAD PERSONAL:** El asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- **IDENTIDAD:** El paciente o asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- **INFORMACIÓN:** El asegurado tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto a lo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- **COMUNICACIÓN:** El enfermo o asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- **CONSENTIMIENTO:** El paciente o asegurado no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado

precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

- **CONSULTAS:** El paciente o asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo.
- **NEGATIVA AL TRATAMIENTO:** El paciente o asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.
- **SELECCIÓN DE MEDICO Y HOSPITAL:** El paciente o ASEGURADO tiene derecho de seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo. Y siempre y cuando, haya solicitado y recibido la autorización de "LA ASEGURADORA".

**SEXTA: ATENCIÓN DE URGENCIA.-** En caso de ATENCIÓN INMEDIATA, "EL PROFESIONISTA" debe de remitir al "ASEGURADO" si este así lo consiente, a la institución apropiada para manejar dicha urgencia de conformidad a lo acordado con el "ASEGURADO" proporcionando la atención inmediata que requiera el "ASEGURADO"

"EL PROFESIONISTA" se obliga ante "LA ASEGURADORA" a proceder:

1. Respecto de la diferenciación entre membresías y Seguros, de la forma indicada en la Cláusula primera,
2. Respecto de la prestación de los servicios médicos, de la forma indicada en la Cláusula tercera.

**SÉPTIMA: COBERTURA.-** "LA ASEGURADORA" solamente cubre los servicios prestados a los "ASEGURADOS" contemplados en los planes y de los cuales "EL PROFESIONISTA", solicite a "LA ASEGURADORA" el número de autorización correspondiente al tratamiento cubierto, para su cobro.

En los casos que así proceda, "EL PROFESIONISTA" se compromete a respetar a favor de los "ASEGURADOS", los valores del tabulador que en esos momentos se encuentren vigentes, se anexa copia, sin cobro adicional a los pacientes por la atención brindada.

**OCTAVA: CREDENCIALES.-** "LA ASEGURADORA" proporcionará a sus "ASEGURADOS", las credenciales en que conste tal carácter y las condiciones generales de sus respectivos contratos, "EL PROFESIONISTA"

se obliga a aceptar dicho documento como suficiente para proporcionar sus servicios en los términos del presente contrato.

**NOVENA: INSTALACIONES.-** “EL PROFESIONISTA” se compromete a otorgar los servicios mencionados en su propio consultorio y con el equipamiento mínimo necesario para poder otorgar dicha consulta.

**DECIMA: IMAGEN DE “LA ASEGURADORA”.-** “EL PROFESIONISTA” se compromete a mostrar la imagen que “LA ASEGURADORA” ha registrado legalmente como ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A DE C. V., asimismo acepta colocar a la vista en la sala de espera o en el interior del consultorio la imagen de “LA ASEGURADORA”.

“EL PROFESIONISTA” se obliga a no utilizar y menos aún imprimir en forma alguna cualquiera de las marcas, nombres comerciales, incluyendo software o cualquier otro derecho de propiedad industrial, durante la vigencia de este convenio, y aún cuando el presente contrato sea denunciado o dado por terminado por cualesquiera de las partes, sin la previa autorización por escrito de “LA ASEGURADORA”. En consecuencia, “EL PROFESIONISTA” se obliga a guardar absoluta confidencialidad y a abstenerse del uso no autorizado sobre dichos derechos de propiedad industrial.

El incumplimiento de las obligaciones contractuales establecidas en ésta cláusula, serán causal para rescindir el presente convenio, independientemente de las penas y/o indemnizaciones que hubiera lugar y desde luego, al desconocimiento de pleno derecho de los documentos y contenidos de los mismos.

**DÉCIMA PRIMERA: REPORTES ADMINISTRATIVOS.-** “EL PROFESIONISTA” deberá mantener actualizados y proporcionar a la “LA ASEGURADORA” los reportes de Atención Médica e Historia Clínica Médica, en todos los casos de los “ASEGURADOS” que le sean canalizados.

**DÉCIMA SEGUNDA: UTILIZACIÓN DE PAPELERÍA.-** “LA ASEGURADORA” se compromete a entregar a “EL PROFESIONISTA” toda la papelería y formularios necesarios para proporcionar la atención y trámites administrativos. “EL PROFESIONISTA” se compromete con XX días de anticipación a reportar la falta de dichos formularios y papelería.

“EL PROFESIONISTA” se obliga a recibir la capacitación necesaria para asegurar el adecuado funcionamiento del servicio. “LA ASEGURADORA” detallará en el Manual de Operación, todos los datos y procedimientos aplicables.

“EL PROFESIONISTA” deberá conocer el adecuado llenado de los formularios que habrá de manejar para el correcto funcionamiento de los procesos administrativos y de servicio.

**DÉCIMA TERCERA: OBLIGACIÓN DE LAS PARTES EN LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS.-** Las partes se comprometen a cumplir las siguientes obligaciones:

1. Conocimiento de planes y coberturas de los planes de Seguros. “LA ASEGURADORA” ofrecerá periódicamente capacitación a “EL PROFESIONISTA” y a su personal administrativo (secretarías y personal de apoyo), para mantener un adecuado nivel de servicio. “EL PROFESIONISTA” se obliga a dar las facilidades que requiera su secretaria y personal administrativo para que asista a los cursos de capacitación, previo aviso de “LA ASEGURADORA”.
2. “EL PROFESIONISTA” se obliga a seguir lo indicado en los Procedimientos de Trabajo que se anexen a este contrato, para la atención Médica y a aplicar los lineamientos habituales para cada una de las enfermedades.
3. Conocimiento de los trámites administrativos. “EL PROFESIONISTA” deberá conocer el proceso administrativo en todos sus puntos:

“EL PROFESIONISTA” se compromete a dar aviso y enviar a “LA ASEGURADORA” la información para que el área de Salud de la Aseguradora evalúe sobre la procedencia del pago del Servicio proporcionado al “ASEGURADO”.

“EL PROFESIONISTA” se compromete a aceptar y acatar las decisiones y sugerencias emitidas por el área de Salud de la Aseguradora, basadas en los Procedimientos de Trabajo lineamientos de Atención Médica de “LA ASEGURADORA”.

“EL PROFESIONISTA” se obliga a no compartir información de tipo administrativo con los “ASEGURADOS”

“LA ASEGURADORA” enviará, previa solicitud de “EL PROFESIONISTA” personal para recolectar dichos documentos y posteriormente hará llegar la respuesta de procedencia o improcedencia.

4. Asesoría al asegurado. "EL PROFESIONISTA" reconoce que deberá tener un adecuado conocimiento de los conceptos relativos a la Póliza de Seguro para dar información completa y oportuna al asegurado sobre dudas que este presente.

**DÉCIMA CUARTA: FORMA DE PAGO.-** "EL PROFESIONISTA" a la firma del presente, acepta que conoce y que está de acuerdo con los tabuladores establecidos para los diferentes tipos de planes que "LA ASEGURADORA" ha establecido para los distintos tipos de planes de seguro vigentes.

"LA ASEGURADORA" actualizará los tabuladores anualmente comprometiéndose a informar a "EL PROFESIONISTA" los cambios realizados.

**FORMA Y TIEMPO DE PAGO** Una vez que "LA ASEGURADORA" haya recibido de parte del Profesional, la documentación completa de cada requerimiento de pago de servicios proporcionados a los Asegurados, en consecuencia, la Aseguradora se obliga a pagar a "EL PROFESIONISTA" el importe de los honorarios de acuerdo a la calendarización de pagos establecida.

La transferencia por concepto de pago de Servicios proporcionados, se realizará a la cuenta establecida por "EL PROFESIONISTA":

BANCO \_\_\_\_\_  
PLAZA \_\_\_\_\_  
SUCURSAL \_\_\_\_\_  
NO. DE CUENTA \_\_\_\_\_

En los casos de consultas o servicios no autorizados o no amparados por la cobertura establecida por "LA ASEGURADORA" los costos deberán ser cubiertos por el "ASEGURADO" directamente a "EL PROFESIONISTA" inmediatamente después de recibir la atención médica o servicio dental, sin responsabilidad alguna para "LA ASEGURADORA", de conformidad a la Cláusula primera del presente contrato. Asimismo, "EL PROFESIONISTA" cobrará al "ASEGURADO" el copago respectivo indicado en la credencial de identificación.

**DÉCIMA QUINTA: VIGENCIA.-** El presente convenio es por tiempo indefinido y cualquiera de las partes lo podrá dar por terminado sin responsabilidad para ninguna de ellas, siempre y cuando de aviso por escrito



con xxx días naturales de anticipación. Cuando no se cuente con la cancelación por escrito, "EL PROFESIONISTA" estará obligado a dar servicio conforme los parámetros del presente convenio. Aun cuando así se decida "LA ASEGURADORA" se compromete a pagar los honorarios devengados por pacientes atendidos previamente, de acuerdo a las coberturas de cada paciente.

"EL PROFESIONISTA" se obliga en el mismo lapso de xx días naturales de anticipación a dar aviso del término de su relación con "LA ASEGURADORA" a los afiliados a los que hubiese proporcionado atención médica y que formen parte de su cartera de pacientes y a entregarle a cada paciente un resumen de su expediente clínico.

**DÉCIMA SEXTA: CESIÓN DE DERECHOS.-** El presente contrato no podrá ser cedido en todo o en parte, por cualquiera de las partes hacia un tercero, salvo que se obtenga el consentimiento previo y por escrito de la otra parte, y en caso de obtenerse dichos consentimientos, no se deberán afectar los derechos y obligaciones de las partes, ni actuar en contra de las disposiciones legales ni de este instrumento.

**DÉCIMA SÉPTIMA: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.-** "EL PROFESIONISTA" será responsable de la atención profesional hacia los "ASEGURADOS" por lo que deslinda a "LA EMPRESA" a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones u omisiones, negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas.

Lo anterior en virtud de que "LA ASEGURADORA".no es responsable en forma alguna por el desempeño de las actividades que "EL PROFESIONISTA" y proveedores afiliados a la red de prestadores de servicios de "LA ASEGURADORA", lleven a cabo. "EL PROFESIONISTA" y proveedores serán responsables por el desempeño de sus actividades frente a los asegurados de "LA ASEGURADORA".

En consecuencia "LA ASEGURADORA" queda liberada de toda responsabilidad civil y penal por lo que "EL PROFESIONISTA" contratará un seguro de riesgos profesionales el cual debe amparar los daños y perjuicios ocasionados a consecuencia de la mala aplicación de los conocimientos de "EL PROFESIONISTA". Dicho seguro tendrá una vigencia anual y deberá ser renovado por periodos iguales mientras el contrato se encuentre vigente. La falta de seguro será causa de rescisión del presente contrato.

**DÉCIMA OCTAVA: RELACIÓN CONTRACTUAL.-** El presente contrato no constituye ningún tipo de asociación o sociedad entre las partes que lo celebran, ni mucho menos como un contrato de prestación de servicios profesionales o de trabajo. Las partes en este contrato manifiestan que no las liga relación corporativa alguna y que son autónomas e independientes la una de la otra.

**DÉCIMA NOVENA: RESPONSABILIDAD LABORAL.-** Ambas partes convienen en reconocer que ninguna de ellas es patrón del otro, así como tampoco del personal que subordinadamente trabaje para cada una de ellas. Por lo anterior "EL PROFESIONISTA" asume la responsabilidad laboral de su personal. Y los conflictos laborales en los que pudiera verse involucrado

**VIGÉSIMA: SECRETO PROFESIONAL.-** Ambas partes se comprometen a guardar en beneficio de los pacientes "ASEGURADOS", el secreto profesional.

**VIGÉSIMA PRIMERA: RESCISIÓN.-** El incumplimiento por cualquiera de las partes de las obligaciones contractuales establecidas en el presente contrato, serán causal para rescindir el presente mismo, independientemente de las penas y/o indemnizaciones a que hubiera lugar desde luego en ese momento.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: AVISOS.-** Todos los avisos, comunicaciones, notificaciones, etc. Que se hagan las partes, se harán en el domicilio señalado expresamente por ellas en las declaraciones correspondientes. Las notificaciones así hechas surtirán todos sus efectos siempre y cuando se recabe el correspondiente acuse de recibo.

Mientras las partes no manifiesten su cambio de domicilio, las notificaciones surtirán sus efectos en los domicilios señalados en el presente instrumento.

**VIGÉSIMA TERCERA: MODIFICACIONES.-** El presente convenio podrá ser modificado en cualquier tiempo por acuerdo de ambas partes, mediante los convenios modificatorios correspondientes, mismo que para su validez deberán estar firmados por ambas partes.

**VIGÉSIMA CUARTA: IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES.-** Las partes se obligan a pagar en la proporción que a cada una de ellas les corresponda de acuerdo con la ley, los impuestos y demás contribuciones que se generen o pudieran originarse durante la vida del presente Contrato. En particular "LA

ASEGURADORA" está obligada a pagar el Impuesto al Valor Agregado por el total del costo de los servicios convenidos con "EL PROFESIONISTA" en los términos del presente contrato, asumiendo inclusive el pago del IVA correspondiente al coaseguro o deducible que en su caso pague el asegurado.

**VIGÉSIMA QUINTA: ENCABEZADOS.-** Los encabezados de las cláusulas establecidos en el presente convenio, por ningún motivo obligan a las partes, sino que únicamente sirven como explicación y referencia de las cláusulas que integran a este instrumento.

**VIGÉSIMA SEXTA: JURISDICCIÓN.-** Para cualquier controversia que llegará a suscitar sobre la validez, interpretación, alcance y cumplimiento del presente contrato, las partes convienen en someterse a la Jurisdicción de los Tribunales Competentes de la Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando a cualquier otra que pudiera corresponderles por cualquier razón.

Leído el presente contrato y enteradas las partes de su contenido y alcances legales, lo firman por duplicado, en la Ciudad de xxxxxxxxxxxx a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

### LAS PARTES

**LA ASEGURADORA**

**EL PROFESIONISTA**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DIRECTOR GENERAL

<Nombre y título>

Se anexan comprobantes profesionales y de la Secretaría de Salud

### TESTIGOS

NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO

NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO

### Contrato Prototipo para Enfermera a Domicilio:

CONTRATO DE SERVICIOS DE INCORPORACIÓN Y PROMOCIÓN QUE CELEBRAN DE UNA PARTE



\_\_\_\_\_ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "PRESTADOR DE SERVICIOS", Y POR LA OTRA PARTE La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. DE C. V., EN LO SUCESIVO "LA ASEGURADORA", REPRESENTADA POR EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE Y APODERADO LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

#### DECLARACIONES

##### I. PRESTADOR DE SERVICIOS

1. Que es una persona \_\_\_\_\_, con plena capacidad para la celebración del presente contrato, por estar en pleno uso y goce de sus derechos.
2. Que es <<Enfermera(o) Titulado(a), o que su actividad es cien por ciento dedicado a proporcionar los servicios de enfermería>> con cédula No. \_\_\_\_\_, con cédula profesional No. \_\_\_\_\_.
3. Que su Registro Federal de Contribuyentes es \_\_\_\_\_ y C. U. R. P. \_\_\_\_\_.
4. Que su domicilio, para efectos del presente contrato, es el que se encuentra \_\_\_\_\_ ubicado \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, en el cual puede recibir todo tipo de avisos y notificaciones administrativas y judiciales.



- vii. Que es su deseo que "EL PROFESIONISTA" se incorpore a su Red de Servicios Médicos, para que en caso de que los beneficiarios de los seguros contratados con "LA ASEGURADORA", en adelante "LOS ASEGURADOS" llegaren a requerirlo, proporcione a éstos sus servicios.

### III. DECLARAN LAS PARTES:

- a. Que reconocen mutuamente la personalidad con la que comparecen a la celebración del presente convenio.
- b. Que para la celebración de este contrato no medió dolo, mala fe o cualquier otro vicio de la voluntad que pudiera invalidarlo.

Expuestas las declaraciones, las partes conviene en obligarse en términos de las siguientes:

Que es la entera voluntad de ambas partes realizar el presente contrato de prestación de servicios por tiempo indefinido conteniendo las siguientes:

### CLAUSULAS

**Primera:** "LA ASEGURADORA" se compromete a difundir y promover entre sus asegurados presentes y futuros, así como al público en general, los servicios del "PRESTADOR DE SERVICIOS".

**Segunda:** "LA ASEGURADORA" se deslinda de la responsabilidad sobre la atención médica prestada directamente por el personal del "PRESTADOR DE SERVICIOS".

**Tercera:** El "PRESTADOR DE SERVICIO" proporcionará los Servicios de Enfermería a Domicilio, a los pacientes asegurados de "LA ASEGURADORA", en la misma forma y calidad en que se preste al público en general, bajo un esquema de precio preferencial, mismo que a la fecha se fija en el monto de \$ xxx,xxx.xx, (xxxxxxxxxxxxxx, pesos, xx/100, m.n.), por una jornada de trabajo de xx horas cada uno de ellas.

**Cuarta:** El "PRESTADOR DE SERVICIOS" acepta los diferentes tipos de pago en la prestación de sus servicios a los asegurados de "LA ASEGURADORA", aceptando condiciones de copago, pago directo en base a tabulador etc.

**QUINTA:** Los derechos de “LOS ASEGURADOS” de “LA ASEGURADORA”:

1. **ACCESO O ATENCIÓN:** Los asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
2. **RESPECTO Y DIGNIDAD:** El trato al paciente o asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
3. **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad de los asegurados. Asimismo, la información relativa a los asegurados deberá preservar la confidencialidad.
4. **SEGURIDAD PERSONAL:** El asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
5. **IDENTIDAD:** El paciente o asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
6. **INFORMACIÓN:** El asegurado tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto a lo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
7. **COMUNICACIÓN:** El enfermo o asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
8. **CONSENTIMIENTO:** El paciente o asegurado no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
9. **CONSULTAS:** El paciente o asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo.
10. **NEGATIVA AL TRATAMIENTO:** El paciente o asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.
11. **SELECCIÓN DE MEDICO Y HOSPITAL:** El paciente o ASEGURADO tiene derecho de seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo.

**Sexta:** "PRESTADOR DE SERVICIOS" solicitará como único requisito para otorgar el servicio la Credencial de Identificación que lo acredita al paciente como afiliado a "LA ASEGURADORA".

**Séptima:** En algunos casos el asegurado pagará directamente sus servicios al "PRESTADOR DE SERVICIOS" quien elaborará factura y/o recibo correspondiente al paciente-asegurado por el servicio realizado, al precio preferencial mencionado en la cláusula tercera.

**Octava:** "PRESTADOR DE SERVICIO" se compromete a otorgar los servicios a "LA ASEGURADORA" bajo los costos acordados, también se compromete a entregar una lista de precios detallada sobre todos sus servicios y actualizarla siempre que sea necesaria.

**Novena:** "PRESTADOR DE SERVICIO" se compromete a hacer del conocimiento de su personal de la existencia de este convenio para la adecuada atención de los pacientes.

**Décima:** Ambas partes expresan que en la celebración del presente convenio, no existe dolo o mala fe y que no contiene cláusulas contrarias a derecho.

**Décima primera:** Este convenio es por tiempo indefinido y podrá ser cancelado por cualquiera de las partes si así lo convienen, dando aviso por escrito con xx días de anticipación.

**Décima segunda:** "EL PROFESIONISTA" deberá mantener actualizados y proporcionar a la "LA ASEGURADORA" los reportes de los servicios profesionales proporcionados, incluyendo el reporte de incidencias de cada uno de los turnos, de todos los casos de los "ASEGURADOS" que le hayan sido canalizados.

**Décima tercera:** "LA ASEGURADORA" se compromete a entregar al "Prestador de Servicios" toda la papelería y formularios necesarios para proporcionar la atención y trámites administrativos. Por lo que el "Prestador de Servicios" se compromete con XX días de anticipación a reportar la falta de dichos formularios y papelería.

El "Prestador de Servicios" se obliga a recibir la capacitación necesaria para asegurar el adecuado funcionamiento del servicio. "LA ASEGURADORA" detallará en el Manual de Operación, todos los datos y procedimientos aplicables.



El "Prestador de Servicios" deberá conocer el adecuado llenado de los formularios que habrá de manejar para el correcto funcionamiento de los procesos administrativos y de servicio.

**Décima cuarta:** Las partes se comprometen a cumplir las siguientes obligaciones:

5. Conocimiento de planes y coberturas de los planes de Seguros. "LA ASEGURADORA" ofrecerá periódicamente capacitación al "Prestador de Servicios" y a su personal administrativo o de apoyo, para mantener un adecuado nivel de servicio. "Prestador de Servicios" se obliga a dar las facilidades que requiera su personal administrativo para que asista a los cursos de capacitación, previo aviso de "LA ASEGURADORA".
6. El "Prestador de Servicios" se obliga a seguir lo indicado en los Procedimientos de Trabajo que se anexasen a este contrato, para proporcionar los servicios de conformidad con los lineamientos marcados por la Aseguradora.
7. Conocimiento de los trámites administrativos. El "Prestador de Servicios" deberá conocer el proceso administrativo en todos sus puntos:

El "Prestador de Servicios" se compromete a dar aviso y enviar a "LA ASEGURADORA" la información para que el área de Salud de la Aseguradora evalúe sobre la procedencia del pago del Servicio proporcionado al "ASEGURADO".

El "Prestador de Servicios" se compromete a aceptar y acatar las decisiones y sugerencias emitidas por el área de Salud de la Aseguradora, basadas en los Procedimientos de Trabajo lineamientos de Atención de "LA ASEGURADORA".

El "Prestador de Servicios" se obliga a no compartir información de tipo administrativo con los "ASEGURADOS"

"LA ASEGURADORA" enviará, previa solicitud de el "Prestador de Servicios" personal para recolectar dichos documentos y posteriormente hará llegar la respuesta de procedencia o improcedencia.

8. Asesoría al asegurado. el "Prestador de Servicios" reconoce que deberá tener un adecuado conocimiento de los conceptos relativos a la Póliza de Seguro para dar información completa y oportuna al asegurado sobre dudas que este presente.

**Décima quinta:** El "Prestador de Servicios" a la firma del presente, acepta que conoce y que está de acuerdo con los tabuladores establecidos para los diferentes tipos de planes que "LA ASEGURADORA" ha establecido para los distintos tipos de planes de seguro vigentes.

"LA ASEGURADORA" actualizará los tabuladores anualmente comprometiéndose a informar a "EL PROFESIONISTA" los cambios realizados.

**FORMA Y TIEMPO DE PAGO** Una vez que "LA ASEGURADORA" haya recibido de parte del "Prestador de Servicios", la documentación completa de cada requerimiento de pago de servicios proporcionados a los Asegurados, en consecuencia, la Aseguradora se obliga a pagar al "Prestador de Servicios" el importe de los honorarios de acuerdo a la calendarización de pagos establecida.

La transferencia por concepto de pago de Servicios proporcionados, se realizará a la cuenta establecida por el "Prestador de Servicios":

BANCO \_\_\_\_\_  
PLAZA \_\_\_\_\_  
SUCURSAL \_\_\_\_\_  
NO. DE CUENTA \_\_\_\_\_

En los casos de consultas o servicios no autorizados o no amparados por la cobertura establecida por "LA ASEGURADORA" los costos deberán ser cubiertos por el "ASEGURADO" directamente al "Prestador de Servicios" inmediatamente después de recibir la atención médica o servicio dental, sin responsabilidad alguna para "LA ASEGURADORA", de conformidad a la Cláusula primera del presente contrato. Asimismo, el "Prestador de Servicios" cobrará al "ASEGURADO" el copago respectivo indicado en la credencial de identificación.

**Décima sexta:** El presente convenio es por tiempo indefinido y cualquiera de las partes lo podrá dar por terminado sin responsabilidad para ninguna de ellas, siempre y cuando de aviso por escrito con xxx días naturales de anticipación.

Cuando no se cuente con la cancelación por escrito, el "Prestador de Servicios" estará obligado a dar servicio conforme los parámetros del presente convenio. Aun cuando así se decida "LA ASEGURADORA" se compromete a pagar los honorarios devengados por pacientes atendidos previamente, de acuerdo a las coberturas de cada paciente.

El "Prestador de Servicios" se obliga en el mismo lapso de xx días naturales de anticipación a dar aviso del término de su relación con "LA ASEGURADORA" a los afiliados a los que hubiese proporcionado atención médica y que formen parte de su cartera de pacientes y a entregarle a cada paciente un resumen de su expediente clínico.

**Décima séptima:** El presente contrato no podrá ser cedido en todo o en parte, por cualquiera de las partes hacia un tercero, salvo que se obtenga el consentimiento previo y por escrito de la otra parte, y en caso de obtenerse dichos consentimientos, no se deberán afectar los derechos y obligaciones de las partes, ni actuar en contra de las disposiciones legales ni de este instrumento.

**Décima octava:** El "Prestador de Servicios" será responsable de la atención profesional hacia los "ASEGURADOS" por lo que deslinda a "LA ASEGURADORA" a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones u omisiones, negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas. Lo anterior en virtud de que "LA ASEGURADORA".no es responsable en forma alguna por el desempeño de las actividades que el "Prestador de Servicios" y proveedores afiliados a la red de prestadores de servicios de "LA ASEGURADORA", lleven a cabo. El "Prestador de Servicios" y proveedores serán responsables por el desempeño de sus actividades frente a los asegurados de "LA ASEGURADORA".

En consecuencia "LA ASEGURADORA" queda liberada de toda responsabilidad civil y penal por lo que el "Prestador de Servicios" contratará un seguro de riesgos profesionales el cual debe amparar los daños y perjuicios ocasionados a consecuencia de la mala aplicación de los conocimientos del "Prestador de Servicios". Dicho seguro tendrá una vigencia anual y deberá ser renovado por periodos iguales mientras el contrato se encuentre vigente. La falta de seguro será causa de rescisión del presente contrato.

**Décima novena:** El presente contrato no constituye ningún tipo de asociación o sociedad entre las partes que lo celebran, ni mucho menos como un contrato de prestación de servicios profesionales o de trabajo. Las partes en este contrato manifiestan que no las liga relación corporativa alguna y que son autónomas e independientes la una de la otra.

**Vigésima:** Ambas partes convienen en reconocer que ninguna de ellas es patrón del otro, así como tampoco del personal que subordinadamente trabaje para cada una de ellas. Por lo anterior el "Prestador de Servicios" asume la responsabilidad laboral de su personal. Y los conflictos laborales en los que pudiera verse involucrado

**Vigésima primera:** Ambas partes se comprometen a guardar en beneficio de los pacientes "ASEGURADOS", el secreto profesional.

**Vigésima segunda:** El incumplimiento por cualquiera de las partes de las obligaciones contractuales establecidas en el presente contrato, serán causal para rescindir el presente mismo, independientemente de las penas y/o indemnizaciones a que hubiera lugar desde luego en ese momento.

**VIGÉSIMA TERCERA:** Todos los avisos, comunicaciones, notificaciones, etc. Que se hagan las partes, se harán en el domicilio señalado expresamente por ellas en las declaraciones correspondientes. Las notificaciones así hechas surtirán todos sus efectos siempre y cuando se recabe el correspondiente acuse de recibo.

Mientras las partes no manifiesten su cambio de domicilio, las notificaciones surtirán sus efectos en los domicilios señalados en el presente instrumento.

**Vigésima cuarta:** El presente convenio podrá ser modificado en cualquier tiempo por acuerdo de ambas partes, mediante los convenios modificatorios correspondientes, mismo que para su validez deberán estar firmados por ambas partes.

**Vigésima quinta:** Las partes se obligan a pagar en la proporción que a cada una de ellas les corresponda de acuerdo con la ley, los impuestos y demás contribuciones que se generen o pudieran originarse durante la vida del presente Contrato. En particular "LA ASEGURADORA" está obligada a pagar el Impuesto al Valor Agregado por el total del costo de los servicios convenidos con el "Prestador de Servicios" en los términos del presente contrato, asumiendo inclusive el pago del IVA correspondiente al coaseguro o deducible que en su caso pague el asegurado.

**Vigésima sexta:** Los encabezados de las cláusulas establecidos en el presente convenio, por ningún motivo obligan a las partes, sino que únicamente sirven como explicación y referencia de las cláusulas que integran a este instrumento.

**Vigésima séptima:** Para cualquier controversia que llegará a suscitar sobre la validez, interpretación, alcance y cumplimiento del presente contrato, las partes convienen en someterse a la Jurisdicción de los Tribunales Competentes de la Ciudad de México, Distrito Federal, renunciando a cualquier otra que pudiera corresponderles por cualquier razón.

Este convenio se firma por duplicado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días de mes \_\_\_\_\_ del año xxxx.

**LA ASEGURADORA**

**EL PRESTADOR DE SERVICIOS**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DIRECTOR GENERAL

<Nombre y título>

Se anexan comprobantes profesionales y de la Secretaría de Salud

## TESTIGOS

NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO      NOMBRE Y DÓMICILIO COMPLETO

### Contrato Prototipo para Lentes:



CONTRATO DE SERVICIOS DE INCORPORACIÓN Y PROMOCIÓN QUE CELEBRAN DE UNA PARTE

\_\_\_\_\_ A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARA "PRESTADOR DE SERVICIOS", Y POR LA OTRA PARTE La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. DE C. V., EN LO SUCESIVO "LA ASEGURADORA", REPRESENTADA POR EL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE Y APODERADO LEGAL, AL TENOR DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y CLÁUSULAS:

### DECLARACIONES

#### 1. DECLARA "LA ASEGURADORA".

- a) Que es una Sociedad Anónima de Capital Variable, constituida conforme a las leyes mexicanas, tal y como consta en la escritura xxxxxxxxxxxxxxxx, de fecha xxxxxxxxxx año xxxxxxxxxx, otorgada ante la fe del Licenciado(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxx, Notario Público número xxxxxxxxx del xxxxxxxxxxxxxxxxxx e inscrita en el Registro Público de la

Propiedad y de Comercio xxxxxxxxxxxxxxxx bajo número xxxxxxxxx, con fecha xxxxxxxxxxxxxx de xxxxxxxx.

- b) Que siendo su objeto social el actuar como Institución de Seguros y practicar la operación de Seguros del ramo de Salud, ofreciendo servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, utilizando para estos efectos recursos propios o de terceros, se encuentra asimismo facultada para llevar a cabo todos aquellos actos de carácter civil o mercantil, de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y a celebrar todos los contratos necesarios para el cumplimiento de dicho objeto.
- c) Que sus representantes cuentan con facultades suficientes para celebrar el presente contrato.
- d) Que su Registro Federal de Contribuyentes es xxxxxxxxxxxxxxxx.
- e) Que su domicilio para efectos del presente contrato, se encuentra ubicado en xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, el cual señala para recibir todo tipo de avisos y notificaciones administrativas y judiciales.
- f) Que es su deseo que **“EL PRESTADOR DE SERVICIOS”** se incorpore a su Red de Servicios de Apoyo Médico, para que en caso de que los beneficiarios de los seguros contratados con **“LA ASEGURADORA”**, en adelante **“LOS ASEGURADOS”** llegaren a requerirlo, proporcione a éstos sus servicios.

## 2. DECLARA “EL PRESTADOR DE SERVICIOS”.

- a) Que es una Sociedad Anónima de Capital Variable, constituida conforme a las leyes mexicanas, tal y como consta en Escritura Pública número \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, otorgada ante la fe de la Licenciado \_\_\_\_\_, Notario Público No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, e inscrita en el Registro Público de la Propiedad y del Comercio del \_\_\_\_\_ bajo el número \_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_.
- b) Que parte de su objeto social es proporcionar servicios de óptica, por lo que cuenta con el personal e instalaciones adecuadas para este fin, así como las autorizaciones necesarias de las autoridades competentes.

- c) Que sus representantes cuentan con facultades suficientes para celebrar el presente contrato.
- d) Que su Registro Federal de Contribuyentes es \_\_\_\_\_.
- e) Que el número de su Licencia Sanitaria es la número \_\_\_\_\_ y certificación con folio número \_\_\_\_\_ expedida por el Consejo de Salubridad General, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables a la materia.
- f) Que su domicilio para efectos del presente contrato, se encuentra ubicado \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, en el cual puede recibir todo tipo de avisos y notificaciones administrativas y judiciales.
- g) Que es su deseo que "LA ASEGURADORA" lo incorpore a su Red de Prestadores de Servicios de Apoyo Médico, para que en caso de que "LOS ASEGURADOS" llegaren a requerirlo, éste preste a aquellos los servicios materia del presente contrato.

### 3. DECLARAN AMBAS PARTES:

- A) Que se reconocen mutuamente la personalidad que ostentan en la celebración de este instrumento.
- B) Que para la celebración del presente contrato, no medió dolo, mala fe, o algún otro vicio del consentimiento que pudiera afectar este contrato de nulidad.
- C) En todo caso, los servicios convenidos con "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" deberán proporcionarse con apego a la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables a la materia.

#### CLAUSULAS

**PRIMERA: OBJETO.-** Constituye el objeto el presente contrato a cargo de "EL PRESTADOR DE SERVICIOS", la prestación de los servicios de óptica descritos en el Anexo "A" en favor de "LOS ASEGURADOS",



obligándose por su parte "LA ASEGURADORA" al pago de dichos servicios en los términos previstos el presente instrumento.

**SEGUNDA: DIFUSIÓN.-** "LA ASEGURADORA" se compromete a difundir y promover entre sus usuarios presentes y futuros ("LOS ASEGURADOS"), así como al público en general, los servicios del "PRESTADOR DE SERVICIOS"

**TERCERA: LUGAR DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.-** "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se compromete a proporcionar los servicios objeto del presente contrato en sus instalaciones ubicadas en: \_\_\_\_\_

**CUARTA: IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO.-**"EL PRESTADOR DE SERVICIOS", solicitará como único requisito para otorgar el servicio a "LOS ASEGURADOS", la credencial de identificación que lo acredite como cliente de "LA ASEGURADORA".

**QUINTA: DERECHOS DE "LOS ASEGURADOS".-** "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se obliga a cumplir y observar en la prestación de los servicios objeto del presente contrato, los siguientes derechos:

- **ACCESO O ATENCIÓN:** "LOS ASEGURADOS" tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- **RESPECTO Y DIGNIDAD:** El trato al paciente o asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- **PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad de "LOS ASEGURADOS". Asimismo, la información relativa a "LOS ASEGURADOS" deberá preservar la confidencialidad.
- **SEGURIDAD PERSONAL:** El asegurado tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- **IDENTIDAD:** El paciente o asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- **INFORMACIÓN:** El asegurado tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto a lo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

- **COMUNICACIÓN:** El enfermo o asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- **CONSENTIMIENTO:** El paciente o asegurado no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.
- **CONSULTAS:** El paciente o asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo.
- **NEGATIVA AL TRATAMIENTO:** El paciente o asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.
- **SELECCIÓN DE MEDICO Y HOSPITAL:** El paciente o ASEGURADO tiene derecho de seleccionar al médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de servicios respectivo.

**SEXTA: NO RELACIÓN LABORAL.-** “EL PRESTADOR DE SERVICIOS” utilizará recursos personales, instalaciones y/o algunos otros medios propios para otorgar a “LOS ASEGURADOS” los servicios a los que se refiere la cláusula primera, por lo que “ LA ASEGURADORA” no tiene ninguna obligación de carácter laboral para con “ EL PRESTADOR DE SERVICIOS”.

**SÉPTIMA: DESCUENTO.-** Para el pago de los servicios otorgados al amparo del presente contrato, “EL PRESTADOR DE SERVICIOS” se compromete a hacer un descuento a “LA ASEGURADORA” del \_\_\_\_\_%, sobre los precios al público vigentes así como en las actualizaciones que realice, también se compromete a entregar una lista de precios detallada sobre todos sus servicios y actualizarla siempre que sea necesario.

**OCTAVA: PAGO DE FACTURAS.-** Una vez recibida la copia de la factura “LA ASEGURADORA” pagará el 100% en un lapso de xx días naturales.

**NOVENA: ATENCIÓN A “LOS ASEGURADOS”.-** Cuando “EL PRESTADOR DE SERVICIOS” niegue el servicio a “LOS ASEGURADOS” que se identifiquen fehacientemente, será responsable de los daños y perjuicios que por esta acción se le cause a “LA ASEGURADORA” y/o a “LOS ASEGURADOS”, por lo que se obliga a liberar a “LA ASEGURADORA” de cualquier responsabilidad al respecto, excepto que se trate de motivos de

coalición laboral o eventos catastróficos. En los mismos términos "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" deberá responder de cualquier reclamación realizada en su contra por parte de "LOS ASEGURADOS", cuando deriven de situaciones inherentes al servicio de salud otorgado por él.

**DÉCIMA: VIGENCIA DEL CONTRATO.-** El presente contrato se celebra por tiempo indefinido, en el entendido que inicia su vigencia en la fecha de su firma. No obstante lo anterior, se establece que cualquiera de las partes podrá dar por terminado anticipadamente el presente contrato, previo aviso por escrito notificado a la otra con por lo menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha en que se desee la terminación. En tanto surte sus efectos la terminación del presente contrato, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" seguirá prestando los Servicios a "LOS ASEGURADOS" hasta que sean dados de alta y "LA ASEGURADORA" continuará obligada a pagar a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" los Servicios en los términos establecidos en este instrumento, aun cuando los mismos terminen y se facturen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato.

**DÉCIMA PRIMERA: RESPONSABILIDAD.-** Ambas partes pactan que toda vez que los servicios que "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" presta a los pacientes, constituye una relación contractual entre éste y aquellos por la elección libre que hacen "LOS ASEGURADOS". "LA ASEGURADORA" no será responsable de los daños o perjuicios que se le pudieran causar a "LOS ASEGURADOS" por virtud de alguno de los supuestos contenidos en los artículos del capítulo cinco, del título primero, libro cuarto del código civil, para el D.F. y sus correlativos en los códigos de los estados, por lo tanto quien responderá será "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" y personal a su cargo.

**DÉCIMA SEGUNDA: EJERCICIO DE DERECHOS.-** La omisión por cualesquiera de las partes contratantes de ejercitar cualquier derecho o de dar por terminado este contrato por las causas señaladas en el mismo, no deberá ser considerado como una renuncia voluntaria al derecho de hacerlo, más por el contrario, todas las sanciones y reparaciones establecidas en el presente contrato se considerarán acumulativas.

**DÉCIMA TERCERA: MODIFICACIONES.-** Ambas partes convienen en que cualquier adición o modificación a lo dispuesto en el presente contrato se hará por escrito firmado por sus representantes con facultades y se agregará como anexo para formar parte integrante del mismo.

**DÉCIMA CUARTA: RESCISIÓN.-** Ambas partes están de acuerdo en que el incumplimiento total o parcial de cualesquiera de sus obligaciones contenidas en el presente contrato será causa de la rescisión del mismo, de pleno derecho y sin más formalidad que la de notificarlo a la parte que haya incumplido con por lo menos 15 días naturales de anticipación; independientemente de la acción de daños y perjuicios que en su caso corresponda a la parte afectada.

Si antes de que surta efectos la rescisión del presente contrato, la parte infractora subsanare, a entera satisfacción de la otra parte, el incumplimiento origen del aviso de rescisión, dicha rescisión no surtirá efectos legales y el contrato continuará vigente en sus términos.

**DÉCIMA QUINTA: RECONOCIMIENTO CONTRACTUAL.-** Ambas partes convienen expresamente que a la firma del presente contrato queda sin efecto legal alguno cualquier negociación, convenio o contrato que con anterioridad hubieren celebrado respecto al mismo objeto.

**DÉCIMA SEXTA: CESIÓN DE CONTRATO.-** Ambas partes se obligan a no ceder, traspasar enajenar por cualquier título transmitir los derechos y/u obligaciones que derivan del presente contrato, sin previa autorización por escrito de la otra parte.

**VIGÉSIMA SÉPTIMA: “CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL”.-** “EL PRESTADOR DE SERVICIOS” reconoce expresamente que de conformidad con la relación contractual que tiene con “LA ASEGURADORA”, al primero se le ha permitido o se le permitirá el acceso a información de “LA ASEGURADORA”, ya sea en forma verbal o escrita, usada por y de la propiedad de “LA ASEGURADORA”, (en lo sucesivo la información), la cual podrá consistir de manera enunciativa mas no limitativa en lo siguiente: (I) Nuevas ideas de negocios, (II) Estrategias de negocios; (III) Planes de negocios, planes estratégicos, planes de productos y servicios; (IV) Planes y estudios de mercadeo; (V) Programas de computo; (VI) Accesos a códigos de cómputo e información similar; (VII) Ideas sobre programas de computo; (VIII) Conocimientos técnicos, tecnologías, conceptos y diseños; (IX) Productos de investigación y toda la información relacionada con esfuerzos de investigación y desarrollo; (X) Registros; (XI) Relaciones de negocios, métodos y recomendaciones; (XII) Listas de Clientes, incluyendo listas de prospectos de clientes; (XIII) Análisis de competencia; (XIV) Actas, libros y demás información corporativa; (XV) Contratos; (XVI) Procedimientos administrativos; (XVII) Información sobre proyectos; (XVII); Mejoras y/o avances desconocidos; y en general cualquier otra idea materializada

susceptible de apropiación o cualquier otra información relacionada con los negocios y las operaciones de "LA ASEGURADORA", bien sea en forma tangible o intangible.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" reconoce que la información constituye la propiedad de "LA ASEGURADORA", y que la protección de la misma es de gran valor y de la mayor importancia para "LA ASEGURADORA". Por lo anterior, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" conviene y se obliga a mantener la información en la más estricta confidencialidad y a abstenerse de cualquier reproducción o divulgación no autorizada de la información.

La obligación de confidencialidad estipulada en este contrato se hace extensiva respecto de cualquier información y/o documentación que reciba "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" o que llegue a ser del conocimiento de los "LOS ASEGURADOS" de "LA ASEGURADORA".

Asimismo "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" reconoce que toda la información constituye secretos industriales propiedad de "LA ASEGURADORA", protegidos por la ley de la propiedad industrial, así como por Ley Federal del Derecho de Autor, por lo cual entiende y acepta que la violación o incumplimiento a cualquiera de las obligaciones establecidas en este contrato, o que se deriven de la buena fe quedará sujeto a las penalidades de la Ley de Propiedad Industrial y/o del Código Penal, independientemente de lo dispuesto por este contrato.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" reconoce expresamente que la información incluyendo todas las copias de la misma es y será en todo el tiempo de la única y exclusiva propiedad de "LA ASEGURADORA"; por lo cual la receptora se obliga a no copiar, prestar, vender, obsequiar, arrendar o de cualquier otra forma divulgar dicha información o cualesquiera programas o materiales asociados derivados o desarrollados de o con relación a la misma, sin la expresa y previa autorización por escrito de "LA ASEGURADORA".

Queda convenido por "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" que toda aquella información que se deriva y sea resultado de los servicios profesionales que presta a los "ASEGURADOS" de "LA ASEGURADORA" con motivo de su relación contractual o que se deriven de cualquier información que "LA ASEGURADORA" le hubiere proporcionado a "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" o la que hubiere tenido acceso por cualquier circunstancia con motivo de la relación contractual que los une es y será en todo momento propiedad de "LA ASEGURADORA".

De igual forma "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" conviene y se obliga desde ahora a no solicitar ningún registro a su nombre o de terceros que le otorgue cualquier privilegio o derecho sobre la información y/o sobre los derechos antes mencionados.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" conviene en no efectuar ningún tipo de competencia desleal en contra de "LA ASEGURADORA", directa o indirectamente, a través del uso, explotación, revelación y/o transmisión de la información a ningún tercero. Por lo tanto, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" no realzará ni utilizará en su propio beneficio o de terceros, ningún negocio o actividad comercial relacionada con la información.

Durante la vigencia de este Contrato, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se obliga a no actuar por si misma o por interpósita persona para adquirir, directa o indirectamente, intereses de ninguna clase que puedan implicar el control total o parcial de cualesquiera clase de corporaciones, sociedades, asociaciones comerciales o de otra naturaleza, dedicadas a cualquier actividad que forme parte del giro de "LA ASEGURADORA" y que pueda resultar como competencia de esta. Asimismo, "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" se obliga a no utilizar en negocio alguno, logotipos, marcas, nombres o formulas similares o iguales a aquellas utilizadas por "LA ASEGURADORA" o de las cuales ésta fuere titular.

A más tardar dentro de los cinco (5), días siguientes a la fecha en que así se lo requiera "LA ASEGURADORA", "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" queda obligado a regresar y/o destruir todas las copias de la información y certificará por escrito y bajo protesta de decir verdad que todo uso de la información ha sido discontinuada y que todas las copias correspondientes han sido regresadas y/o destruidas.

"EL PRESTADOR DE SERVICIOS" reconoce expresamente que en caso de incumplimiento a cualquier obligación contenida en esta cláusula, pagará a "LA ASEGURADORA", a título de pena convencional la suma de \$\_\_\_\_\_. Esta cantidad se pagará a "LA ASEGURADORA" en su domicilio y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al día en que se le comunique dicho requerimiento que haga la misma.

**DÉCIMA OCTAVA: SECRETO PROFESIONAL.-** Ambas partes se comprometen a guardar en beneficio de "LOS ASEGURADOS", el secreto profesional que a cada uno atañe.

**DÉCIMA NOVENA: AUTONOMÍA DE LAS PARTES.-** El presente contrato no crea ninguna representación, asociación, sociedad o diversa asociación legal entre las partes, constituyendo tan solo una relación jurídica independiente, derivada de la prestación de los servicios materia del presente contrato, por lo que cada una de las partes como patrón del personal que ocupe para la ejecución del presente contrato, será la única responsable de las obligaciones derivadas de las disposiciones legales correspondientes y demás ordenamientos en materia fiscal, laboral y de seguridad social de su propio personal.

**VIGÉSIMA: IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES.-** Las partes se obligan a pagar en la proporción que a cada una de ellas les corresponda de acuerdo con la ley, los impuestos y demás contribuciones que se generen o pudieran originarse durante la vida del presente Contrato. En particular "LA ASEGURADORA" está obligada a pagar el Impuesto al Valor Agregado por el total del costo de los servicios convenidos con "EL PRESTADOR DE SERVICIOS" en los términos del presente contrato, asumiendo inclusive el pago del IVA correspondiente al coaseguro o deducible que en su caso pague el asegurado.

**VIGÉSIMA PRIMERA: "AVISOS Y NOTIFICACIONES".-** Todos aquellos avisos, notificaciones, o comunicaciones por escrito, deberán de realizarse en el domicilio señalado expresamente por las partes en este instrumento, las cuales surtirán sus efectos siempre y cuando se recabe el correspondiente acuse de recibo; cualquier cambio de domicilio que realicen las partes, deberá de ser notificada por escrito a la otra al menos con treinta días de antelación.

**VIGÉSIMA SEGUNDA: ARBITRAJE.-** Ambas partes aceptan en designar competente a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para resolver las diferencias que puedan surgir con motivo del presente contrato, ya sea mediante la conciliación o el arbitraje. Lo anterior de conformidad con lo dispuesto por la fracción II del artículo segundo del Reglamento de Procedimientos para Atención de Quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

**VIGÉSIMA TERCERA: JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.-** Las partes manifiestan que en este contrato no existe ningún vicio del consentimiento que pudiera invalidarlo y para el caso de controversia sobre su interpretación, ejecución y cumplimiento se someten a las Leyes aplicables y a los Tribunales competentes de México Distrito Federal, renunciando

expresamente a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles por razón de su domicilio presente o futuro o por cualquier otra causa.

Se Firma el presente convenio en la Ciudad de México, Distrito Federal el día\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_.

LAS PARTES

**LA ASEGURADORA**

**EL PRESTADOR DE SERVICIO**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**DIRECTOR GENERAL**

TESTIGOS

NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO

NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO

**III.2.2.5. El Dictamen Jurídico.**

El inciso c del artículo 36-D, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, establece que la documentación contractual del producto deberá acompañarse de un dictamen jurídico que certifique su



apego a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la Ley mencionada, y demás disposiciones aplicables.

La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en las disposiciones generales a que se refiere el presente artículo, establecerá los requisitos que deberán cumplir quienes suscriban dicho dictamen.

Definitivamente esta responsabilidad corresponde al área Jurídica de una Aseguradora, sin embargo, dada su naturaleza, y a que sin este documento no puede registrarse la nota técnica correspondiente, es sumamente importante desarrollar un mecanismo de coordinación entre ambas áreas, a efecto de que el área jurídica conozca y evalúe con precisión los alcances de cada cobertura incluida, de las restricciones, y en general de todos y cada uno de los elementos contenidos en la nota técnica, sin que sea necesario que el aspecto cien por ciento técnico sea del conocimiento de dicho departamento legal.

Al final, y de conformidad con la normatividad vigente, debe contarse con un documento formal en el que el Jurídico manifieste el dictamen al que halla llegado después de analizar la nota técnica respecto de las responsabilidades contenidas en la documentación contractual, el mismo puede ser del tipo siguiente:

México, D.F., a xx de xxxxxxxxxxx de xxxx

### Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Presente

Con fundamento en los artículos 36 y 36-B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en lo dispuesto en la disposición **CUARTA**, inciso c) de la Circular S-8.1, mediante la cual se señala a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros la forma y términos para el registro de productos de seguros, se elabora el **DICTAMEN JURÍDICO DEL SEGURO DE GRUPO DE SALUD DENOMINADO MÉDICA**, en los siguientes términos:

La Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. de C. V., es una Institución Aseguradora legalmente constituida que cuenta con la autorización que le fuera concedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para actuar como ISES (Institución de Seguros especializada en Salud), llevando a cabo Operaciones de Salud, Ramo al que pertenece el producto que se presenta para su registro, y en el cual la citada Aseguradora está comenzando a operar conforme a los sanos usos y costumbres del Sector y cuidando una adecuada selección de los riesgos asumidos.

De conformidad a lo establecido en el artículo 36 – A, en relación con la fracción II del artículo 36, ambos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, se entiende que las Bases Técnicas sobre las que se apoya el producto en estudio, se encuentran reflejadas en la Nota Técnica que forma parte integrante de la documentación presentada a ese Organismo para su registro y que resulta coherente con las Condiciones Generales respectivas.

Se considera que en la documentación contractual que se dictamina, quedan establecidos de manera clara y precisa los alcances, términos y condiciones, así como los derechos y obligaciones de los contratantes, asegurados así como de la propia Aseguradora, los cuales se detallan en el clausulado tales como *definición y objeto de las coberturas, primas, vigencia, terminación del seguro, rehabilitación, procedimiento de reembolso, altas y bajas de asegurados, interés moratorio, límites máximos de responsabilidad, exclusiones etc.*, evitando con todo lo anterior dar lugar a confusiones y brindando seguridad jurídica a las contratantes.

Cabe mencionar que por tratarse de un seguro del ramo de salud, en las condiciones generales se incluyo en la cláusula Décimo Segunda.- PAGO DE INDEMNIZACIONES, la obligación de la Compañía de reembolsar a los asegurados el costo de los servicios médicos que hayan realizado en los casos de urgencia médica, en los que la red de servicios médicos de la Compañía no esté en posibilidad de otorgar el servicio o por saturación o por error de diagnóstico. Esto con el fin de cumplir con lo que dispone la sexagésima cuarta de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

Asimismo, en observancia de la sexagésima sexta de las Reglas señaladas en el párrafo anterior, se prevé en la cláusula USO DE LOS SERVICIOS la posibilidad de que el asegurado acuda a servicios médicos fuera de la red de la Aseguradora, para lo cual se

establece asimismo la cláusula de REEMBOLSO PARA SERVICIOS REALIZADOS CON PRESTADORES FUERA DE LA RED.

Con base en el Dictamen anterior, el suscrito **Licenciado XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX con cédula profesional XXXXXX**, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la documentación contractual del producto denominado plan “Médica” del Ramo de Salud, manejado por La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V. se apega a lo previsto en los artículos 36 y 36 – B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y demás disposiciones legales aplicables.

#### **III.2.2.6. El análisis de congruencia.**

El análisis de congruencia entre la nota técnica y la documentación contractual al que se refiere el artículo 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, requiere el que el área técnica muestre fehacientemente y sin lugar a dudas, que el producto de seguros que se pretende registrar con la nota técnica correspondiente, se encuentra dentro del marco legal que se establece en la legislación de seguros vigente. En este sentido, se sugiere elaborar un documento del tipo siguiente:

**ELEMENTOS DEL ANÁLISIS DE LA CONGRUENCIA EXISTENTE ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PLAN MÉDICA**

DOCUMENTO CONTRACTUAL	CONCEPTO		NOTA TÉCNICA MÉDICA			
	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN	NOVA Y PÁRRAFO EN QUE SE INCLUYE	EPÍGRAFE	INDICADOR CONGRUENTE O ALIBI COMPLEMENTARIO	CONGRUENCIA CON LA RELACION DE SEGUROS VIGENTE
CONDICIONES FINANCIERAS DEL SEGURO	1.1	ACCIDENTE	1.2	MARCO DE DESARROLLO	SI	CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.2	ANTIGÜEDAD	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación de los productos			CONGRUENTE CON LOS USOS Y COSTUMBRES DEL SECTOR ASEGURADOR
	1.3	ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación de los productos			congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	1.4	ASEGURADOS	4.a)-d) Mercado Potencial		SI	
	1.5	ASEGURADOS TOTALES O TOTAL DE ASEGURADOS	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación de los productos			
	1.6	ATENCIÓN INMEDIATA	10, 1 MÉDICO DOMICILIAR, FARMACIA, TERAPIA		SI	CONGRUENTE CON LOS ARTÍCULOS 55 Y 77 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.7	AYUDANTE O ASISTENTE MÉDICO U ODONTOLÓGICO	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación de los productos			CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SEGUROS
	1.8	COTA INMEDIATA	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación de los productos			
	1.9	COASEGURO O COPAGO	12.2 HIPÓTESIS DE CONSULTA MÉDICA		SI	CONGRUENTE CON LOS USOS Y COSTUMBRES DEL SECTOR ASEGURADOR congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	1.10	CONTRATANTE	1, 1 y 4, 1-6	MARCO DE DESARROLLO Y MODIFICACIÓN POTENCIAL	SI	CONGRUENTE CON LOS ARTÍCULOS 1, 10, 36, 38, 39, 41 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS
	1.11	COSMÉTICA DENTAL				CONCEPTO NO RELEVANTE Y NO CONTEMPLADO EN EL PLAN
	1.12	DEDUCIBLE ANUAL POR ASEGURADO	5, 2	CARACTERÍSTICAS	SI	CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 36 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.13	DEPENDIENTES ECONÓMICOS ELEGIBLES	1, 1	MARCO DE DESARROLLO	SI	CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA LEGISLACIÓN
	1.14	DIAGNÓSTICO	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA LEGISLACIÓN
	1.15	EMERGENCIA o URGENCIA	Concepto no detallado específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			CONGRUENTE CON LOS ARTÍCULOS 55 Y 77 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.16	ENDOSO	2, 3	MARCO DE DESARROLLO	SI	CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA LEY
	1.17	ENFERMEDAD	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA LEY
	1.18	FARMACIA				DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 17, 30, 79 Y 227 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.19	GABINETE o LABORATORIO	2, 2; 39-44	MARCO DE DESARROLLO: COBERTURA LABORATORIO o GABINETE	SI	DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 17, 79, 146 Y 227 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.20	HOSPITAL o SANATORIO	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 17 Y 227 BIS DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.21	HOSPITALIZACIÓN				CONGRUENTE CON LA FRACCIÓN II DEL ARTÍCULO 19 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN MÉDICA
	1.22	MEDICAMENTOS	2, 2; 49-55	MARCO DE DESARROLLO: COBERTURA CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS, CUADRO ABIERTO DE MEDICAMENTOS	SI	DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 27, 29, 58, 102, 193, 221, 224, 225, 226, 237 Y DEMÁS RELATIVOS DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.23	MÉDICO	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			
	1.24	MÉDICO A DOMICILIO	2, 2; 49-55	MARCO DE DESARROLLO: COBERTURA MÉDICA a DOMICILIO	SI	CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 3, 15, 48, 49, 51, 74, 79 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.25	MÉDICO ESPECIALISTA	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			
	1.26	ODONTÓLOGO				CONCEPTO NO RELEVANTE Y NO CONTEMPLADO EN EL PLAN
	1.27	ODONTÓLOGO ESPECIALISTA				
	1.28	ODONTOPEDIATRA				
	1.29	PADECIEMIENTOS CONGENITOS	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de aplicación Médica			
	1.30	PAGO DIRECTO	1, 3	MARCO DE DESARROLLO	SI	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud

**ELEMENTOS DEL ANÁLISIS DE LA CONGRUENCIA EXISTENTE ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PLAN MÉDICA**

<b>C O N D I C I O N I E C F I O N I E S G I O N E R A L E S</b>	1.31	PERIODO AL DESCUBIERTO	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de Seguros			
	1.32	PERIODO DE ESPERA	7	ESTRUCTURA DE LAS COBERTURAS	SI	
	1.33	PERIODO DE GRACIA	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de Seguros			
	1.34	PREEXISTENCIA	5. NUMERAL 5	CARACTERÍSTICAS	SI	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	1.35	Proposante	5. NUMERAL 5	CANALES DE DISTRIBUCIÓN	SI	CONGRUENTE CON LOS DISPUESTO EN LOS ARTICULOS 5º Y 7º DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS, Y CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 1811, 1802, 1803 DEL CODIGO CIVIL.
	1.36	RECLAMACIONES	4.6	MARCO DE DESARROLLO	SI	
	1.37	RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	1.2	MARCO DE DESARROLLO	SI	
	1.38	RED	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de Seguros			CONGRUENTE CON ARTICULO 41 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.39	REDIMBOLIO	6. NUMERAL 6	CARACTERÍSTICAS	SI	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	1.40	SEGUNDA OPINION MEDICA	6. NUMERAL 6	CARACTERÍSTICAS	SI	CONGRUENTE CON ARTICULOS 3, 7, 8, 10, 11, 38-42, DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	1.41	SEGURO DE SALUD	1,1	MARCO DE DESARROLLO	SI	
	1.42	SERVICIO DENTAL	CONCEPTO NO RELEVANTE Y NO CONTEMPLADO EN EL PLAN			
	1.43	SERVICIOS DE EMERGENCIA	2. NUMERAL 4. 37-39	MARCO DE DESARROLLO. COBERTURA DE AMBULANCIA TERRESTRE	SI	CONGRUENTE CON EL ARTICULO 70 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA
	1.44	SOICITUD DE SEGURO	Conceptos no detallados específicamente, y definido como axioma del ámbito de Seguros			congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
1.45	SOICITUD DE SERVICIOS	1.1.1.2	CARACTERÍSTICAS	SI		
1.46	TRATAMIENTO MEDICO	Conceptos no detallados específicamente, definido como axioma del ámbito de Salud incluido en Seguro de Salud			CONGRUENTE CON EL ARTICULO 8 Y DEMAS RELATIVOS DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA	

**ELEMENTOS DEL ANÁLISIS DE LA CONGRUENCIA EXISTENTE ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PLAN MÉDICA**

C O N D I C I O N E S G E N E R A L E S	2.1	ACCESO O ATENCIÓN	CONCEPTO NO INCLUIDO EN LA NOTA TÉCNICA, SIN EMBARGO NO ES RELEVANTE EN LOS CÁLCULOS		DE CONFORMIDAD CON NUMERAL 11 DE LA CLÁUSULA DECIMASEXTA DE LA CIRCULAR S-21 Y DEL ARTÍCULO 36-D DE LA LEY	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 10 DE LA LEY GENERAL DE SALUD	
	2.3	ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA	NO SE CONSIDERA ESTE CONCEPTO SIN EMBARGO, ES CONGRUENTE CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 22, 23, 31, 32, 34, 34-A, 34-B, 34-C DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y ACORDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36-D DE LA LEY	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud	
	2.4	ALTAS DE ASEGURADOS					
	2.5	Ambulancia Terrestre	2. NUMERAL	COBERTURA DE AMBULANCIA TERRESTRE	SI	DE CONFORMIDAD CON LAS FRACCIONES I Y II DEL ARTÍCULO 36, 36-A Y 36-D DE LA LEY	CONGRUENTE CON LA FRACCIÓN I DEL ARTÍCULO 10 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA
	2.6	BAJAS DE ASEGURADOS	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 20, 22, 24, 31, 32, 34, 43, 44, 52 A 55 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS	
	2.7	CAMBIO DE CONTRATANTE				CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 26, 107 Y 108 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS	
	2.8	COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO	2, 7-58	MARCO DE DESARROLLO Y EN TODO EL DOCUMENTO	SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 7 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	2.9	COMPETENCIA	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 03 DEL CÓDIGO CIVIL Y 72, 73 Y 74 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS	
	2.10	COMUNICACIÓN				DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 7 DE LA CLÁUSULA DECIMASEXTA DE LA CIRCULAR S-21 Y ARTÍCULOS 77 A 79 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS	
	2.11	Condiciones Generales	5, 4, 5, 5	MARCO DE DESARROLLO	SI	CONGRUENTE CON LA FRACCIÓN I, II Y III DEL ARTÍCULO 36, 36-A Y 36-D DE LA LEY Y 7, 20, 21, 22 Y 23 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS	
2.12	Condiciones particulares						
C O N D I C I O N E S S U L T A D O S	2.13	CONSENTIMIENTO	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 18 DE LA CLÁUSULA DECIMASEXTA DE LA CIRCULAR S-21	
	2.14	CONSULTA MÉDICA O CONSULTAS O CONSULTA CON MÉDICOS ESPECIALISTAS O CONSULTA CON ESPECIALISTAS	2. NUMERAL	MARCO DE DESARROLLO, DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS, CÁLCULO DE LA PRIMA DE RESERVA PROMEDIO	SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	ACÓRDE CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 31 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	2.16	CONTRATO DE SEGURO DE SALUD	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			BASADO EN LOS ARTÍCULOS 170, 174 (I), CÓDIGO CIVIL, 70, 72, 74 Y 75 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CONGRUENTE CON LOS ARTÍCULOS 36, 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	
	2.17	Continuidad de Seguro					
	2.18	Cuando Alíeño de Laboratorio y Gabinete	10, 3, 35-44		SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	2.19	Cuando Alíeño de Medicamentos	10, 4, 45-54	DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS, CÁLCULO DE LA PRIMA DE RESERVA PROMEDIO	SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	
	2.20	Cuando Alíeño de Laboratorio y Gabinete	10, 3, 35-44		SI		
	2.21	Cuando Alíeño de Medicamentos	10, 4, 45-54		SI		
	2.22	DERECHOS DE LOS SEGUROS DEL SERVIDOR					
	2.23	DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y/O DOCUMENTOS CONTRACTUALES	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE				
2.24	EDAD						
2.25	Excesos	DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS, CÁLCULO DE LA PRIMA DE RESERVA PROMEDIO		SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY		
2.26	Extenes y a Domicilio	10, 6, 33-35		SI			
2.27	EXCLUSIONES				CONGRUENTE CON LA CIRCULAR S-12 Y CON LO ESTIPULADO EN LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36 DE LA LEY		
2.28	GASTOS Y SERVICIOS COBERTOS	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			CONGRUENTE CON LO ESTIPULADO EN LA FRACCIÓN V DEL ARTÍCULO 36 DE LA LEY Y NUMERAL 16 DE LA CLÁUSULA DECIMASEXTA DE LA CIRCULAR S-21		
2.29	IDENTIFICACIÓN						
2.30	INFORMACIÓN						
2.31	INTERÉS HEDERATARIOS						
2.32	LENTES	2, 10, 1, 47-48	MARCO DE DESARROLLO, DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS, COBERTURA DE LENTES	SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud	
2.33	LIMITACIONES GENERALES	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			CONGRUENTE CON LA CIRCULAR S-12 Y CON LO ESTIPULADO EN LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS		
2.34	LIMITES ALÍEÑOS DE RESPONSABILIDAD	5, NUMERAL 4, 7	CARACTERÍSTICAS, ESTRUCTURA DE LAS COBERTURAS	SI	DE CONFORMIDAD CON LOS ARTÍCULOS 26, 103 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LAS FRACCIONES I Y II Y CON LOS ARTÍCULOS 36-D Y 71 DE LA LEY		
2.35	Módulo a Domicilio	2. NUMERAL 2, 25-32	MARCO DE DESARROLLO, DEFINICIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS, COBERTURA MÉDICA A DOMICILIO	SI	CONGRUENTE CON ARTÍCULO 01 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36, Y DE LOS INCISOS I, II, E) 36-A, 36-B Y 36-D DE LA LEY		
2.36	MEDIO DE CONTRATACIÓN	4, 5	CANALES DE CONTRATACIÓN	SI	DE CONFORMIDAD CON LA SEXAGESIMA PRIMERA CLÁUSULA DE LA CIRCULAR S-21 Y CON LOS ARTÍCULOS 40 Y 41 DE LA LEY		
2.37	MODIFICACIONES Y RECTIFICACIONES				CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 4, 7, 10, 20, 49 Y 72 A 74 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36 Y 36-D DE LA LEY		
2.38	MONEDA	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE			Artículo 53, 78 y 79 de la ley sobre el contrato de seguro		
2.39	MOROSIDAD AL TRATAMIENTO				DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 10 DE LA DECIMASEXTA CLÁUSULA DE LA CIRCULAR S-21		
2.40	NÚMERO DE AUTORIZACIÓN						
2.41	OBIGACIÓN DE ASEGURAR				CONGRUENTE CON EL INCISO DEL ARTÍCULO 36-A DE LA LEY		

**ELEMENTOS DEL ANÁLISIS DE LA CONGRUENCIA EXISTENTE ENTRE LA NOTA TÉCNICA Y LA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL DEL PLAN MÉDICA**

C O N D I C I O N E S E N E R I A L E S	2.42	OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES MÉDICAS U ODONTOLÓGICAS	NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		CONGRUENTE CON LA FRACCIÓN IV DEL ARTÍCULO 36 DE LA LEY		
	2.43	PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN	NUMERALES 7 Y 3	CARACTERÍSTICAS SI		congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud	
	2.45	PRIMAS	Dc-58	PRIMAS SI	CONGRUENTE CON LAS FRACCIÓNES 8 Y 9 DEL ARTÍCULO 36, Y CON LOS ARTÍCULOS 38 A Y 39 DE LA LEY		
	2.46	PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD		NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 14.3 DE LA DÉCIMA SEXTA CLÁUSULA DE LA CIRCULAR S-24.	CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	2.47	PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO	6	CARACTERÍSTICAS SI		DE CONFORMIDAD CON LAS CLÁUSULAS SEXAGÉSIMA CUARTA Y SEXAGÉSIMA SEXTA DE LA CIRCULAR S-24.	
	2.48	Recibo OFICIAL DE PAGO		NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 42 DE LA LEY	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	2.49	REEMBOLSO	6	CARACTERÍSTICAS SI		DE CONFORMIDAD CON LAS CLÁUSULAS SEXAGÉSIMA CUARTA Y SEXAGÉSIMA SEXTA DE LA CIRCULAR S-24.	
	2.50	REHABILITACION		NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		CONGRUENTE CON LOS ARTÍCULOS 9 Y 8 DE LA LEY	
	2.51	Reserva de Asegurados				CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 20, 22, 24, 31, 32, 34, 43, 44, 52 A B DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y ACORDE A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36 DE LA LEY	
	2.52	RENOVACIÓN AUTOMÁTICA				CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO Y DENTRO DEL ESPÍRITU DE LAS DISPOSICIONES DE LA SEXAGÉSIMA SÉPTIMA CLÁUSULA DE LA CIRCULAR S-24.1	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	2.53	RESPECTO Y DIGNIDAD				DE CONFORMIDAD CON LA CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DE LA CIRCULAR S-24.1	CONGRUENTE CON EL ARTÍCULO 51 DE LA LEY GENERAL DE SALUD
	2.54	RESPONSABILIDAD PROFESIONAL				DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 2.7 DE LA CLÁUSULA OCTAVA DE LA CIRCULAR S-24.1 Y DENTRO DEL ESPÍRITU DE LAS DISPOSICIONES DE LA SEXAGÉSIMA SÉPTIMA CLÁUSULA DE LA CIRCULAR S-24.1	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud
	2.55	SELECCIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL				DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 14.11 DE LA CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA DE LA CIRCULAR S-24.1	
	2.56	Solidez de Seguro				CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 38, 22, 24, 31, 32, 34, 43, 44, 52 A B DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y ACORDE A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36 DE LA LEY	
	2.57	TERMINACIÓN DEL SEGURO POR RESCISIÓN UNILATERAL DE LA ASEGURADORA		NO SE CONSIDERAN ESTOS CONCEPTOS SIN EMBARGO, SON CONGRUENTES CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE		Acorde con los artículos 56 y 63 de la ley sobre el contrato de seguros	
2.58	TERMINACIÓN DEL SEGURO POR RESCISIÓN UNILATERAL DEL CONTRATANTE				Acorde con el artículo 51 de la ley sobre el contrato de seguros		
2.59	TERMINACIÓN DEL SEGURO POR SEPARACIÓN DE LOS ASEGURADOS POR TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL				De conformidad con el artículo 24 de la Ley sobre el Contrato de Seguros	congruente con los artículos 1, 2, 5, 38, 40, 41, 46, 52 y 53 de la Ley General de Salud	
2.60	TERMINACIÓN DEL SEGURO POR VENCIMIENTO DE LA POLIZA						
2.61	TERSTRORNADO				Acorde a lo estipulado en los artículos 1792 a 1794 del Código Civil de la Federación		
2.62	USO DE LOS SERVICIOS						
2.63	VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS REALIZADOS				CONGRUENTE CON ARTÍCULOS 20, 22, 24, 31, 32, 34, 43, 44, 52 A B DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS Y ACORDE A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 36 A B DE LA LEY		
2.64	VIGENCIA						

Una vez analizada la nota técnica y documentos contractuales en un esquema como el presentado, es factible que tanto el actuario a cargo como el encargado del área jurídica estén en condiciones de emitir una opinión legalmente fundamentada en la forma y términos en que lo exige la Ley, es decir, se puede emitir un documento como el siguiente:

**Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

Presente

En cumplimiento a lo señalado en las reglas CUARTA inciso d, y DÉCIMA NOVENA de la circular S-8.1, mediante la cual se señala a las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros la forma y términos para el registro de productos de seguros, detallamos a continuación los resultados de la compulsión que realizamos sobre los términos y condiciones detallados en el contrato de adhesión DEL SEGURO DE GRUPO DE SALUD DENOMINADO plan **MÉDICA**, y su correspondiente **Nota Técnica**, como aparece a continuación:

<b>ASPECTOS RELEVANTES DEL SEGURO</b>	<b>CONGRUENCIA NOTA TÉCNICA Y CONTRATO DE ADHESIÓN</b>
<p style="text-align: center;">COBERTURAS</p>	<p>Según Nota técnica, están amparadas las coberturas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Consulta Médica</li> <li>2. Médico a Domicilio</li> <li>3. Enfermera a Domicilio</li> <li>4. Ambulancia Terrestre</li> <li>5. Lentes</li> <li>6. Laboratorio(Cuadro Básico o Cuadro Abierto)</li> <li>7. Medicamentos(Cuadro Básico o Cuadro Abierto)</li> </ol>
<p style="text-align: center;">PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p>	<p>La prestación del servicio médico se llevará a cabo por medio de la Red de Prestadores de Servicios Médicos y de Servicios de Apoyo, con que cuenta la Aseguradora, según se indica en la Cláusula USO DE LOS SERVICIOS del contrato de adhesión, en concordancia con lo que establece la Nota Técnica.</p>



PERSONAS ASEGURADAS	Las definiciones que de los asegurados se hace en las condiciones generales y la conceptualización de los grupos asegurables es congruente con lo estipulado en la Nota Técnica.
LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD	Se establecen en la póliza respectiva, así como en la Nota Técnica y Condiciones Generales, para cada servicio se expresan el número y monto de los mismos.

Como consecuencia del análisis realizado, los que suscribimos Actuario XXXXXXXXXXXXXXXX, con Cédula Profesional XXXXX y Licenciado en Derecho XXXXXXXXXXXXXXXX con Cédula Profesional XXXXX, bajo nuestra responsabilidad profesional, hacemos constar que hemos verificado que las obligaciones asumidas en el contrato de adhesión de Seguro de Salud, se encuentran fielmente respaldadas mediante los métodos actuariales descritos en la Nota Técnica correspondientes.

Atentamente,

\_\_\_\_\_

Actuario

\_\_\_\_\_

Licenciado en Derecho

### 3.2.3. NOTA TÉCNICA PRODUCTO DENTAL

Considerando que la documentación contractual asociada es del mismo tipo que la indicada en el plan Médica, y que únicamente se debe tener especial atención a en lo correspondiente a que en este caso debe mencionarse aspectos de la salud bucal del Asegurado, así como que la especificación de las coberturas concuerden con lo establecido en la presente Nota Técnica.

## INTRODUCCIÓN:

La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., operará dentro de los Seguros de Salud una amplia gama de planes de Servicios de Salud Bucal.

Inicialmente, en la presente Nota Técnica se define al producto **Salud Dental**. Este producto y todos los que operará la Aseguradora, estará integrado por dos elementos, a saber:

1. **Póliza de Seguros, y**
2. **Cláusula de Servicio**

La **Póliza de Seguros** es la materia del presente documento, en virtud de que la responsabilidad inherente, involucra la asunción de un riesgo por parte de la Aseguradora.

La **Cláusula de Servicio** se conceptualiza como el servicio de:

- Poner a disposición al asegurado, la Red Médica y/u Odontológica con que cuenta la Compañía. Esto es Garantía de que el asegurado contará permanentemente, mientras mantenga esa condición, de precios especiales, con descuentos, para todo aquel tratamiento médico u odontológico que requiera y que no se encuentre incluido en los cuadros básicos amparados por la póliza.
- Permanentemente contará con un servicio de asesoría telefónica, médica u odontológica, a la hora y día que el propio asegurado lo requiera, durante cada una de las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año.
- Coordinar toda consulta médica u odontológica que requiera el asegurado.

Como puede observarse de la descripción de la Cláusula de Servicio, ésta no conlleva responsabilidad de riesgo alguno para la Compañía.

Cada uno de nuestros planes se basan en el compromiso de otorgar a cada uno de los asegurados excelencia en los servicios proporcionados, y calidad en los materiales de curación que en su caso, se incluyan en el plan contratado.

Sin embargo, debido a que el Seguro de Salud es una operación que esta naciendo en el mercado asegurador mexicano, situación que es más patente en lo relativo a la salud bucal, por lo que a la fecha no existe un registro

estadístico de las diferentes variables endógenas y exógenas que afectan en forma directa a la metodología técnica para tasar este tipo de productos.

Precisamente por lo anterior, en la presente nota técnica se ha diseñado como un Nota Técnica Experimental, esperando que la propia experiencia del Sector de Seguros de Salud como de la propia Aseguradora, permita generar los registros estadísticos con el transcurso del tiempo, y entonces elaborar las adecuaciones pertinentes a los procedimientos de cálculo de primas de riesgo y de primas netas.

### **RESUMEN SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PLANES AMPARADOS POR LA PRESENTE NOTA TÉCNICA:**

#### **Mercado Potencial:**

Estos productos se orientan a atender al público en general mediante coberturas individuales, al través de grupos y/o de colectividades, en estos últimos casos considerando a:

- a) Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa, los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Sindicatos, uniones, ó agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones ó grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

#### **CANALES DE DISTRIBUCIÓN:**

La forma de comercialización de estos productos, será a través de los sistemas tradicionales de venta, es decir, por conducto de Agentes y/o Corredores de Seguros, quienes se encargarán de dar a conocer las características generales, funcionamiento y ventajas de nuestras coberturas, o bien mediante trato directo de la Compañía con los Clientes.

Las coberturas se limitarán exclusivamente a gastos efectuados en territorio nacional.

## CARACTERÍSTICAS

1.- Quedarán cubiertos sin límite máximo de gastos, los tratamientos dentales que sean necesarios efectuar a los empleados de Empresas y Organismos que así lo requieran, conforme a la tabla de Coberturas que se menciona más adelante.

2.- A continuación se define lo que se debe entender como Tratamiento Dental:

"Todos los procedimientos odontológicos cubiertos por el plan que sean detectados en el diagnóstico inicial.

Se tomará como un sólo tratamiento a aquel que continué periódicamente conforme al plan de citas establecido por el dentista.

Se tomará también como parte de un tratamiento todo aquel procedimiento que aún cuando no se haya diagnosticado inicialmente, resulte en el desarrollo del mismo y se pueda verificar fehacientemente su existencia en las radiografías iniciales.

Para la definición anterior no se tomará en cuenta la segunda profilaxis anual (limpieza)".

3.- Los gastos dentales quedarán cubiertos aplicando el deducible y coaseguro en los conceptos especificados en la póliza correspondiente, y de conformidad a las características particulares del plan de seguros que se contrate.

4.- Los precios se actualizarán anualmente en proporción del INPC (Índice Nacional de Precios al Consumidor) que publica Banco de México para la canasta básica.

5.- La cobertura dental Cubre preexistencia, siempre y cuando así se especifique en la póliza.

6.- Con el objeto de controlar los costos de esta cobertura, el sistema será cerrado, esto es, sólo se podrá acudir a tratamiento con los

odontólogos con los cuales existe convenio y con los cuales se tienen pactados aranceles especiales, mismos que en caso de que el asegurado prefiera recibir atención con un odontólogo no incluido en la Red, se tomarán como los límites máximos a reembolsar, previa deducción de los deducibles y coaseguros que se incluyan en la póliza.

#### ESPECIFICACIÓN DE LA COBERTURA:

Cada una de las ocho coberturas indicadas en la tabla dos de la presente Nota Técnica, se estará a lo detallado en cada uno de los tratamientos relacionados en la tabla 1 de cobertura básica.

En los tratamientos no incluidos en la cobertura básica, por ejemplo: Ortodoncia ó Prótesis, se manejan dentro de la Cláusula de Servicio.

La cobertura dental solo cubre honorarios de los odontólogos, quedando excluidos: los medicamentos, los gastos de hospitalización, los conceptos no incluidos en la tabla de honorarios, los tratamientos experimentales, etc.

#### OBJETO DE LA COBERTURA

Es un seguro que brinda servicios odontológicos para satisfacer las necesidades de salud bucal en las personas. Con esta cobertura el asegurado gozará de beneficios en los servicios, según lo indicado en la tabla 1, que se deriven de:

- Diagnostico temprano de problemas de salud bucal
- Consultas
- Rayos "X" (intra / extra orales)
- Cirugía bucal
- Odontopediatría
- Odontología preventiva
- Operatoria dental (caries)
- Endodoncia
- Parodoncia (encías)
- Cosmética Dental

Accesando para ello una red de odontólogos previamente seleccionados y que cumplen los requisitos siguientes: Poseer Título y Cédula profesional, Constancia de experiencia mínima de 5 años de práctica profesional, reconocimiento de su Asociación Profesional, en su caso cuentan con título

de postgrado en cada una de las especialidades en las que proporciona sus servicios, instalaciones con óptimo equipamiento y citas concertadas previamente vía telefónica.

#### LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA PARA CON LOS ASEGURADOS BAJO TRATAMIENTO:

Para cada uno de los asegurados bajo tratamiento, el límite máximo de responsabilidad de la Aseguradora será igual al monto total de la suma de los costos individuales de cada uno de los tratamientos odontológicos que el Profesional haya diagnosticado en su plan de tratamiento y recibido autorización de la Aseguradora.

#### VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

La póliza permanecerá vigente hasta el último día del periodo de riesgo amparado, entendiéndose éste en la forma siguiente:

- a. El periodo de riesgo amparado de la población asegurada en la póliza será desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza hasta el último día inclusive de la fecha de fin de vigencia de la póliza, siempre y cuando dicha póliza haya sido pagada en términos de ley.
- b. El periodo de riesgo amparado en el caso de cancelación anticipada de la póliza, por cualquier causa, para los asegurados bajo tratamiento, será hasta que el asegurado se encuentre sano de las afecciones, amparadas en la póliza y reportadas por el profesional en el diagnóstico inicial y autorizadas por la aseguradora o hasta que se agote el Límite Máximo de responsabilidad que la Institución tenga contraído con el asegurado, lo que ocurra primero.

#### ARANCELES:

Los aranceles pactados con los Prestadores de Servicio Odontológicos, y que en casos de atender reembolsos, funcionaría como la tabla de aranceles máximos a cubrir; para cada uno de los tratamientos son los siguientes:

CUADRO I

**TRATAMIENTOS AMPARADOS POR LA COBERTURA BÁSICA**

<i>CÓDIGO CDT</i>	<i>DIAGNOSTICO</i>	<i>COSTO</i>
00140	EVALUACION ORAL EMERGENCIA (DOLOR AGUDO)	125
00150	EVALUACION ORAL COMPLETA	125
00210	SERIE RX. COMPLETA 14 RX. INTRAORALES	220
00220	RX. PERIAPICAL INTRAORAL	20
00230	MEDIA SERIE RX. 7 RX. INTRAORALES	110
00240	RX. OCLUSAL INTRAORAL	20
00270	RX. ALETA DE MORDIDA INTRAORAL	20
00460	PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	10

<i>CÓDIGO CDT</i>	<i>PREVENCION</i>	<i>COSTO</i>
01110	PROFILAXIS ADULTO SEMESTRAL	140
01120	PROFILAXIS INFANTIL SEMESTRAL	125
01201	APLICACIÓN TOPICA DE FLUOR CON PROFILAXIS INFANTIL (SEMESTRAL)	210

<i>CÓDIGO CDT</i>	<i>OPERATORIA DENTAL</i>	<i>COSTO</i>
02110	AMALGAMA UNA SUPERFICIE DIENTES PRIMARIOS	236
02120	AMALGAMA DOS SUPERFICIES DIENTES PRIMARIOS	236
02130	AMALGAMA TRES SUPERFICIES DIENTES PRIMARIOS	236
02140	AMALGAMA UNA SUPERFICIE DIENTES PERMANENTES	236
02150	AMALGAMA DOS SUPERFICIES DIENTES PERMANENTES	236
02160	AMALGAMA TRES SUPERFICIES DIENTES PERMANENTES	236
02330	RESINA UNA SUPERFICIE DIENTES ANTERIORES	250
02331	RESINA DOS SUPERFICIES DIENTES ANTERIORES	250
02332	RESINA TRES SUPERFICIES DIENTES ANTERIORES	250

<i>CÓDIGO CDT</i>	<i>COSMETICA DENTAL</i>	<i>COSTO</i>
02930	CORONA DE ACERO PREFABRICADA DIENTES PRIMARIOS	400
02932	CORONA DE CELULOIDE PREFABRICADO	250
02933	CORONA DE ACERO PREFABRICADO CON VENTANA DE RESINA	500
02951	PIN DE RETENCIÓN POR DIENTE	100

<i>CÓDIGO</i>	<i>ENDODONCIA</i>	<i>COSTO</i>
<i>CDT</i>		
03220	PULPOTOMIA DIENTES PRIMARIOS (FORMOCRESOL)	170
03230	PULPECTOMIA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS	320
03240	PULPECTOMIA DIENTES POSTERIORES PRIMARIOS	500
03310	TRATAMIENTO ENDODONTICO ANTERIORES	600
03320	TRATAMIENTO ENDODONTICO PREMOLARES	1000
03330	TRATAMIENTO ENDODONTICO MOLARES	1500
03346	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR ANTERIORES	850
03347	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR PREMOLARES	1250
03348	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR MOLARES	2000
03351	RECALCIFICACION APICAL VISITA INICIAL	900
03352	RECALCIFICACION APICAL VISITA DE CONTROL	200
03353	RECALCIFICACION APICAL VISITA FINAL	200
03410	APICECTOMIA ANTERIORES (UNA RAIZ)	600
03421	APICECTOMIA PREMOLARES (DOS RAICES)	650
03425	APICECTOMIA MOLARES (TRES RAICES)	700
03450	RADICECTOMIA	650
03920	HEMISECCION (EXTRACCION INCOMPLETA RADICULAR)	540

<i>CÓDIGO</i>	<i>PARODONCIA</i>	<i>COSTO</i>
<i>CDT</i>		
04260	PLASTIA DE PROCESO ALVEOLAR POR CUADRANTE	250
04321	FERULIZACION POR CUADRANTE	250
04341	LIMPIEZA PARODONTAL PROFUNDA	200

<i>CÓDIGO</i>	<i>CIRUGIA BUCAL</i>	<i>COSTO</i>
<i>CDT</i>		
07110	EXTRACCION SIMPLE	180
07120	EXTRACCION DE DIENTE TEMPORAL	160
07220	EXTRACCION DE DIENTE IMPACTADO EN TEJIDO BLANDO	180
07230	EXTRACCION DE DIENTE PARCIALMENTE IMPACTADO EN HUESO	550
07240	EXTRACCION DE DIENTE TOTALMENTE IMPACTADO EN HUESO	600
07280	EXPOSICION QUIRURGICA DE DIENTES INCLUIDOS	650
07285	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO DURO	400
07296	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO BLANDO	460
07430	EXTIRPACION DE TUMOR BENIGNO < 1.25 cm.	780
07440	EXTIRPACION DE TUMOR MALIGNO < 1.25 cm.	780
07450	REMOCION DE QUISTE ODONTOGENO >1.25 cm.	550
07460	REMOCION DE QUISTE ODONTOGENO < 1.25 cm.	550
07510	DRENAJE DE ABSCESO DENTRO DE TEJIDOS BLANDOS (CANULIZADO)	250



La estructura de cobertura a utilizar en los productos dentales es la siguiente:

CUADRO II

COBERTURA BÁSICA AMPARADA	COASEGUROS Y TRATAMIENTOS POR COBERTURA, SU INCLUSIÓN ESPECÍFICA SE DETALLA EN ENDOSO DE PÓLIZA	
	% DE COASEGURO ESPECÍFICO DE	NUMERO DE TRATAMIENTOS INCLUIDOS
1. DIAGNOSTICO	DESDE 0% HASTA EL 99%	UNO AL AÑO
2. PREVENCIÓN	DESDE 0% HASTA EL 99%	DOS, AL AÑO (UNO CADA SEIS MESES)
3. COSMETICA DENTAL	DESDE 0% HASTA EL 99%	NINGUNO
4. OPERATORIA DENTAL	DESDE 0% HASTA EL 99%	SIN LIMITE
5. ENDODONCIA	DESDE 0% HASTA EL 99%	SIN LIMITE
6. PARODONCIA	DESDE 0% HASTA EL 99%	UNA ANUAL
7. CIRUGIA BUCAL	DESDE 0% HASTA EL 99%	CUATRO, PREVIA AUTORIZACIÓN

8. Suma asegurada	DE CONFORMIDAD A LO DETALLADO EN LIMITE DE RESPONSABILIDAD MÁXIMA.
9. Deducible	DESDE 0% HASTA EL 99% DEL MONTO DEL EVENTO, DE ACUERDO A ENDOSO CORRESPONDIENTE, ELEGIDO POR EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA, EN PORCENTAJE O EN PESOS Y COMO DEDUCIBLE ANUAL O POR RIESGO Y/O EVENTO.
.Tabla de honorarios	SI, LA DETALLADA ANTERIORMENTE.

**BASE SINIESTRAL:**

De la experiencia que la antecesora de La Aseguradora de Seguros de Salud S. A. de C. V., ha tenido en lo relativo a productos de Servicios Especializados en planes prepagados de salud bucal, en México sobre una población de 8,995 usuarios durante un año de experiencia de operar productos similares, se calculó un coeficiente de consumo o frecuencia siniestral,  $Fc_i$ , por cada tratamiento que el plan cubre, dicho coeficiente se determinó de la forma siguiente:

$$F_{c_i} = \frac{\text{Número de casos del Código}}{\text{Total de Expuestos}}$$

El Total de Expuestos = 8,995.

En los casos en los cuales no se tenga incidencia se asignará como valor de la frecuencia, al promedio aritmético de todos los tratamientos respecto del total de expuestos al riesgo. Este valor es igual a: 0.006046838.

También se considera el precio pactado o costo,  $P_i$ , con todos los Odontólogos de la red e incluido en la tabla de Aranceles mostrada anteriormente.

La prima de riesgo de cada tratamiento o código CDT,  $P_{t_i}$ , se define como:

$$P_{t_i} = P_i * F_{c_i}$$

Por lo tanto, si sumamos las primas de los tratamientos correspondientes a cada conjunto de tratamientos, obtenemos la prima total de riesgo de cada conjunto de tratamientos, PRT, en la forma siguiente:

$$PRT_j = \sum P_j * Fc_j$$

La prima de riesgo promedio de cada conjunto j de tratamientos básicos, PRPj, es:

$$PRTB_j = \frac{\sum C_j * Pt_j}{SC_j}$$

donde:

Cj = Casos observados en el tratamiento j .

Los resultados de estos cálculos, se muestran en la tabla del cuadro III siguiente:

CUADRO III

TIPO DE TRATAMIENTO	CÓDIGO CDT	CASOS	FRECUENCIA F <sub>Cj</sub>	COSTO P <sub>i</sub>	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO PRB <sub>i</sub>
DIAGNOSTICO	00140	46	0.005113952	125	0.64	29.41
	00150	425	0.047248471	125	5.91	2,510.08
	00210	0	0.006046838	220	1.33	-
	00220	466	0.051806559	20	1.04	482.84
	00230	0	0.006046838	110	0.67	-
	00240	107	0.011895497	20	0.24	25.46
	00270	117	0.013007226	20	0.26	30.44
	00460	0	0.006046838	10	0.06	29.41
<b>SUBTOTAL DIAGNOSTICO</b>		1161			10.14	2.65
PREVENCIÓN	01110	314	0.034908282	140	4.89	1,534.57
	01120	35	0.003891051	125	0.49	17.02
	01201	58	0.006448027	210	1.35	78.54
<b>SUBTOTAL PREVENCIÓN</b>		588			6.73	2.77

TIPO DE TRATAMIENTO	CÓDIGO CDT	CASOS	FRECUENCIA $F_C$	COSTO $P_1$	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO $PRTB_1$
OPERATORIA DENTAL	02110	63	0.007003891	236	1.65	104.13
	02120	6	0.000667037	236	0.16	0.94
	02130	0	0.006046838	236	1.43	-
	02140	962	0.106948305	236	25.24	24,280.69
	02150	169	0.018788216	236	4.43	749.35
	02160	9	0.001000556	236	0.24	2.13
	02330	343	0.038132296	250	9.53	3,269.84
	02331	17	0.001889939	250	0.47	8.03
	02332	4	0.000444691	250	0.11	0.44
<b>SUBTOTAL OPERATORIA DENTAL</b>		1723			43.26	16.49
COSMETICA DENTAL	02930	19	0.002112285	400	0.85	16.05
	02932	0	0.006046838	250	1.51	-
	02933	1	0.000111173	500	0.06	0.06
	02951	0	0.006046838	100	0.60	-
<b>SUBT. COSMETICA DENTAL</b>		1753			3.02	0.81
ENDODONCIA	03220	9	0.001000556	170	0.17	1.53
	03230	1	0.000111173	320	0.04	0.04
	03240	1	0.000111173	500	0.06	0.06
	03310	7	0.00077821	600	0.47	3.27
	03320	26	0.002890495	1000	2.89	75.15
	03330	34	0.003779878	1500	5.67	192.77
	03346	1	0.000111173	850	0.09	0.09
	03347	1	0.000111173	1250	0.14	0.14
	03348	2	0.000222346	2000	0.44	0.89
	03351	1	0.000111173	900	0.10	0.10
	03352	1	0.000111173	200	0.02	0.02
	03353	0	0.006046838	200	1.21	-
	03410	0	0.006046838	600	3.63	-
	3421	0	0.006046838	650	3.93	-
	03425	1	0.000111173	700	0.08	0.08
	03450	0	0.006046838	650	3.93	-
	03910	0	0.006046838	0	-	-
	03920	0	0.006046838	540	3.27	-
<b>SUBTOTAL ENDODONCIA</b>		85			26.13	3.23

TIPO DE TRATAMIENTO	CÓDIGO CDT	CASOS	FRECUENCIA $F_{ci}$	COSTO $P_i$	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO $PRTB_i$
PARODONCIA	04260	2	0.000222346	250	0.06	0.11
	04321	0	0.006046838	250	1.51	-
	04341	45	0.005002779	200	1.00	45.03
<b>SUBTOTAL PARODONCIA</b>		47			2.57	0.96
CIRUGIA BUCAL	07110	100	0.011117287	180	2.00	200.11
	07120	15	0.001667593	160	0.27	4.00
	07220	1	0.000111173	180	0.02	0.02
	07230	13	0.001445247	550	0.79	10.33
	07240	7	0.00077821	600	0.47	3.27
	07280	2	0.000222346	650	0.14	0.29
	07285		0.006046838	400	2.42	-
	07296		0.006046838	460	2.78	-
	07430	2	0.000222346	780	0.17	0.35
	07440		0.006046838	780	4.72	-
	07450		0.006046838	550	3.33	-
	07460		0.006046838	550	3.33	-
	07510	4	0.000444691	250	0.11	0.44
	07960		0.006046838		-	-
	07961		0.006046838		-	-
<b>SUBTOTAL CIRUGIA BUCAL</b>		144			20.55	1.52

Se obtiene un estimado estadístico, de la prima de riesgo de cada tratamiento y de la prima promedio de cada grupo de tratamientos básicos, para conseguir tal fin se estima únicamente la frecuencia observada, y en consecuencia, por cálculo directo se obtiene la prima estimad.

Dicha estimación se desarrolla basándose en un modelo recursivo exponencial de media móvil\*, (EWMA), con una ponderación  $w = 0.07$ , aplicando el modelo:

$$\hat{Y}_i = \beta_0 Y_i + \beta_1 \hat{Y}_{i-1}, \text{ si } i > 1$$

$$\hat{Y}_i = Y_i, \text{ si } i=1$$

Donde:

$$\beta_0 + \beta_1 = 1,$$

$$\text{y con } \beta_0 = 0.07$$

Los resultados obtenidos en dicha estimación y el cálculo de las primas de riesgo para cada tratamiento así como la prima promedio de cada conjunto de tratamientos básicos se presentan a continuación:

CONJUNTO DE TRATAMIENTOS BÁSICOS	CÓDIGO O CDT	FRECUENCIA REAL C <sub>ci</sub>	FRECUENCIA ESTIMADA	COST O P <sub>i</sub>	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO PRTB <sub>i</sub>
DIAGNOSTICO	00140	0.005113952	0.00511395	125	0.64	
	00150	0.047248471	0.04429906	125	5.54	
	00210	0.006046838	0.00872449	220	1.92	
	00220	0.051806559	0.04879081	20	0.98	
	00230	0.006046838	0.00903892	110	0.99	
	00240	0.011895497	0.01169554	20	0.23	
	00270	0.013007226	0.01291541	20	0.26	
	00460	0.006046838	0.00566043	10	0.64	
<b>SUBTOTAL DIAGNOSTICO</b>					10.56	2.49
PREVENCIÓN	01110	0.034908282	0.03336878	140	4.67	
	01120	0.003891051	0.00595449	125	0.74	
	01201	0.006448027	0.00641348	210	1.35	
<b>SUBTOTAL PREVENCIÓN</b>					6.76	2.67
OPERATORIA DENTAL	02110	0.007003891	0.00700804	236	1.65	
	02120	0.000667037	0.00111091	236	0.26	
	02130	0.006046838	0.00570132	236	1.35	
	02140	0.106948305	0.09986102	236	23.57	
	02150	0.018788216	0.02446331	236	5.77	
	02160	0.001000556	0.00264295	236	0.62	
	02330	0.038132296	0.03564804	250	8.91	
	02331	0.001889939	0.00425301	250	1.06	
	02332	0.000444691	0.00071127	250	0.18	
	<b>SUBT.OPERATORIA DENTAL</b>					43.38
COSMÉTICA DENTAL	2930	0.00211228	0.00205309	400	0.82	
	2932	0.00604684	0.00576728	250	1.44	
	2933	0.00011117	0.00050710	500	0.25	
<b>SUBT.COSMÉTICA DENTAL</b>					2.52	0.79

CONJUNTO DE TRATAMIENTOS BÁSICOS	CÓDIGO CDT	FRECUENCIA REAL Cci	FRECUENCIA ESTIMADA	COSTO Pi	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO PRTB <sub>i</sub>
ENDODONCIA	3220	0.00100056	0.00096601	170	0.16	
	3230	0.00011117	0.00017101	320	0.05	
	3240	0.00011117	0.00011536	500	0.06	
	3310	0.00077821	0.00073181	600	0.44	
	3320	0.00289049	0.00273939	1000	2.74	
	3330	0.00377988	0.00370704	1500	5.56	
	3346	0.00011117	0.00036288	850	0.31	
	3347	0.00011117	0.00012879	1250	0.16	
	3348	0.00022235	0.00021580	2000	0.43	
	3351	0.00011117	0.00011850	900	0.11	
	3352	0.00011117	0.00011169	200	0.02	
	3353	0.00604684	0.00563138	200	1.13	
	3410	0.00604684	0.00601776	600	3.61	
	3421	0.00604684	0.00604480	650	3.93	
	3425	0.00011117	0.00052653	700	0.37	
	3450	0.00604684	0.00566042	650	3.68	
	3910	0.00604684	0.00601979	0	0.00	
	3920	0.00604684	0.00604494	540	3.26	
SUBTOTAL ENDODONCIA					26.02	3.14
PARODONCIA	4260	0.00022235	0.00062993	250	0.16	
	4321	0.00604684	0.00566765	250	1.42	
	4341	0.00500278	0.00504932	200	1.01	
SUBT.PARODONCIA					2.58	0.97

CONJUNTO DE TRATAMIENTOS BÁSICOS	CÓDIGO CDT	FRECUENCIA REAL Cci	FRECUENCIA ESTIMADA	COSTO PI	PRIMA DE RIESGO	PRIMA PROMEDIO PRTB <sub>i</sub>
CIRUGÍA BUCAL	7110	0.01111729	0.01069253	180	1.92	
	7120	0.00166759	0.00229934	160	0.37	
	7220	0.00011117	0.00026434	180	0.05	
	7230	0.00144525	0.00136258	550	0.75	
	7240	0.00077821	0.00081912	600	0.49	
	7280	0.00022235	0.00026412	650	0.17	
	7285	0.00604684	0.00564205	400	2.26	
	7296	0.00604684	0.00601850	460	2.77	
	7430	0.00022235	0.00062808	780	0.49	
	7440	0.00604684	0.00566752	780	4.42	
	7450	0.00604684	0.00602029	550	3.31	
	7460	0.00604684	0.00604498	550	3.32	
	7510	0.00044469	0.00083671	250	0.21	
	7960	0.00604684	0.00568213	0	0.00	
	7961	0.00604684	0.00602131	0	0.00	
SUBTOTAL CIRUGÍA BUCAL					20.53	1.48
<b>TOTAL</b>					<b>112.36</b>	<b>27.12</b>

Es importante mencionar que en los resultados anteriores la prima de riesgo y la prima promedio de cada conjunto de tratamientos se calcularon con las fórmulas mencionadas anteriormente, tomando en cuenta la substitución de los valores de Fci estimados en lugar de los valores originales.

#### CÁLCULO DE LAS PRIMA DE RIESGO PONDERADAS:

Inicialmente se calcula la probable responsabilidad de la Aseguradora respecto de aquellos asegurados que se encuentren bajo tratamiento, "riesgo de Colas" de tratamientos, y que la póliza se cancele anticipadamente por alguna causa imputable al contratante o a la Aseguradora. De conformidad con las reglas de operación para el Seguro de Salud, debemos valorar este riesgo.



En función al requerimiento planteado, estimaremos un factor de riesgo promedio para caso de “riesgo de Colas”, RColi, este factor lo definimos como:

$$RCol_i = PRTB_i * F * (1+k)$$

donde:

PRTBi es la Prima Promedio de Riesgo del Conjunto de Tratamientos Básico de que se trate.

F es la frecuencia total de la cancelación de Pólizas.

k es un factor de actualización de un posible incremento en la evolución de la cancelación de pólizas, inicialmente este valor se toma igual a 0.5%.

Cada uno de estas variables y parámetros se determinan a continuación.

- FRECUENCIA TOTAL DE LA CANCELACIÓN DE PÓLIZAS.

La experiencia de la Aseguradora, respecto de cancelación de los contratos celebrados, o la no renovación de dichos contratos ha sido la siguiente:

CANCELACIÓN DE POLIZAS POR TIPO		
TIPO DE CANCELACIÓN	CASOS	FRECUENCIA (F)
ANTICIPADA	5	.1163
NO RENOVADAS	7	.1628
TOTAL	12	.2791

TOTAL DE PÓLIZAS EN CARTERA: VIGENTES + CANCELADAS = 31 + 12

DETERMINACIÓN DE LAS PRIMAS PROMEDIO DE RIESGO PARA CADA CONJUNTO DE TRATAMIENTOS

Del cuadro III, se observa que la prima de riesgo,  $PTRT_j$ , y las primas de riesgo promedio, PRPTBi, de cada conjunto de tratamientos son las siguientes:

CUADRO IV

COBERTURA BÁSICA POR CONJUNTO DE TRATAMIENTOS	PRIMA DE RIESGO $PTRT_j$	PRIMA DE RIESGO PROMEDIO $PRPTB_i$
DIAGNOSTICO	10.56	2.49
PREVENCIÓN	6.76	2.67
OPERATORIA DENTAL	43.38	15.57
COSMETICA DENTAL	2.52	0.79
ENDODONCIA	26.02	3.14
PARODONCIA	2.58	0.97
CIRUGIA BUCAL	20.53	1.48
PRIMA TOTAL DE RIESGO	112.36	27.12

En consecuencia, los factores de riesgo promedio para casos de "riesgo de Colas",  $R_{Col_i}$ , para cada conjunto de tratamientos básicos son los siguientes:

COBERTURA BÁSICA POR CONJUNTO DE TRATAMIENTOS	FACTORES DE RIESGO PROMEDIO DE "RIESGO DE COLAS" $R_{Col_i}$
DIAGNOSTICO	0.6988888
PREVENCIÓN	0.7494471
OPERATORIA DENTAL	4.3684902
COSMETICA DENTAL	0.2223911
ENDODONCIA	0.8803515
PARODONCIA	0.2730883
CIRUGIA BUCAL	0.4156284

### PRIMAS DE RIESGO PROMEDIO PONDERADAS

Para calcular las Primas de Riesgo Promedio Ponderada, de cada tratamiento aplicaremos la fórmula siguiente:

$$PRP_j = PRPTB_j * (1 + PTRT_j) * (1 + RCol_j)$$

Donde:

PRPTB<sub>j</sub>, PTRT<sub>j</sub> y Rcol<sub>j</sub> son como se definieron anteriormente,

En consecuencia, la Prima de Riesgo Total, PRT, es:

$$PRT = \sum PRP_j$$

Calculadas de esta forma, las primas de riesgo ponderadas y Total son las siguientes:

### PRIMAS DE RIESGO PROMEDIO PONDERADAS POR COBERTURA Y TOTAL

CUADRO VII

CONJUNTO DE TRATAMIENTOS EN COBERTURA BÁSICA	PRIMAS DE RIESGO PROMEDIO PONDERADAS
1.- DIAGNOSTICO	18.78
2.- PREVENCIÓN	12.39
3.- COSMÉTICA DENTAL	243.88
4.- OPERATORIA DENTAL	3.22
5.- ENDODONCIA	51.25
6.- PARODONCIA	3.45
7.- CIRUGIA BUCAL	30.44
PRIMA DE RIESGO TOTAL	363.41

**PRIMAS NETAS POR RANGO DE NUMERO DE ASEGURADOS Y POR TIPO DE PLAN.**

Estos productos se comercializarán en función al número de asegurados que comprenda cada negocio, motivo por lo cual se establecen primas diferenciadas para cada uno de los rangos de asegurados siguientes:

CUADRO VIII

RANGO DE ASEGURADOS	
DE	A
<b>Negocios con Menos de 35 asegurados</b>	
35	100
101	200
201	400
401	600
601	1,000
1,001	2,000
MAS DE 2,000	

La distribución empírica de asegurados, correspondiente a la cartera utilizada para el estudio se muestra en la tabla siguiente:

CUADRO IX

RANGO		NÚMERO	FRECUENCIA
DE	A	DE ASEGURADOS	RELATIVA
0	24	60	0.0079177
25	50	188	0.0248087
51	100	352	0.0464503
101	200	665	0.0877540
201	350	599	0.0790446
351	500	1,233	0.1627078
501	800	533	0.0703352
801	1000	823	0.1086039
1001	2000	3,125	0.4123779
2001	en adelante	0	-
<b>TOTAL</b>		<b>7,578</b>	

Estableciendo una estadística de orden de dichas frecuencias, obtenemos la distribución siguiente:

CUADRO X

RANGO DE	A	FRECUENCIA RELATIVA
0	24	0.4123779
25	50	0.1627078
51	100	0.1086039
101	200	0.0877540
201	350	0.0790446
351	500	0.0703352
501	800	0.0464503
801	1000	0.0248087
1001	2000	0.0079177
2001 en adelante	-	-

A efectos de obtener valores representativos de dichas frecuencias, se les aplicó la Regresión Lineal Simple siguiente:

$$\hat{Y}_i = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 * X_i$$

donde:

$$\hat{\beta}_0 = \bar{Y} - \hat{\beta}_1 \bar{X},$$

$$\hat{\beta}_1 = \frac{n * \sum XY - \sum X * \sum Y}{n \sum X^2 - (\sum X)^2}$$

De los valores de la tabla X, se tiene que:

CUADRO XI

X	Y	X*Y	X <sup>2</sup>
1	0.41237790000	0.412377900	1
2	0.16270780000	0.325415600	4
3	0.10860390000	0.325811700	9
4	0.08775400000	0.351016000	16
5	0.07904460000	0.395223000	25
6	0.07033520000	0.422011200	36
7	0.04645030000	0.325152100	49
8	0.02480870000	0.198469600	64
9	0.00791770000	0.071259300	81
SUMAS	1.00000010000	2.8267	100

Como puede observarse,

$$\bar{X} = 5.0$$

$$\bar{Y} = 0.11111112222$$

Lo que nos lleva a que:

$$\begin{aligned} \hat{\beta}_1 &= \frac{9 * 2.8267 - 45 * 1.0000001}{9 * 285 - 2025} = \frac{25.4403 - 45.0000045}{2565 - 2025} = \\ &= \frac{-19.5597045}{540} = -0.036221675, y \end{aligned}$$

$$\hat{\beta}_0 = 0.11111112222 - (-0.036221675) * 5.0$$

Es decir,

$$\hat{\beta}_0 = 0.292219497.$$

Basándose en dicha regresión se obtuvieron los datos siguientes:

CUADRO XII

RANGO		FRECUENCIA RELATIVA
DE	A	
0	24	0.255995396
25	50	0.219774327
51	100	0.183553259
101	200	0.147332191
201	350	0.111111122
351	500	0.074890054
501	800	0.038668986
801	1000	0.002447917
1001	2000	-0.033773151
2001	en adelante	-0.069994219

Entonces, las primas netas ponderadas del rango  $k$ ,  $\Pi_k^N$ , se definen de la forma siguiente:

$$\Pi_k^N = \left[ PRT * \left(1 + \frac{1}{10} \hat{Y}\right)^{n-k} * (1 + f_i) \right] * (1 - D) * (1 - C),$$

para:  $n = 10$  y,  $k = 1, 2, \dots, n-1$ .

Donde:

$PRT$  := La Prima de Riesgo Total ya definida y calculada,

$f_i = 0.047248471$ , la frecuencia de todos los casos de iniciales de evaluaciones orales completas,

$\hat{Y}$  := Valor estimado de las frecuencias relativas de cada rango de asegurados

$D$  = Deducible

$C$  = Coaseguro Promedio de todas las coberturas

A manera de ejemplo, y sin que esto implique una limitación a la Nota Técnica, se muestran las primas netas de cada uno de los rangos correspondientes a deducible cero y coaseguros iguales al 0% y 20.0917635%, siendo éstas las siguientes:

CUADRO XIII

NÚMERO	RANGOS		PRIMAS NETAS PARA	
	DE	A	COASEGURO DEL 0%	COASEGURO DEL 20.0917635%
1	negocios con menos de 25 asegurados	25	519.54	415.15
2	25	50	499.91	399.47
3	51	100	480.59	384.03
4	101	200	461.59	368.85
5	201	350	442.90	353.91
6	351	500	424.51	339.22
7	501	800	406.43	324.77
8	801	1,000	388.64	310.56
9	1,001	2,000	371.15	296.58
10	2,001	En adelante	353.94	282.83

### PRIMA DE TARIFA

Formula utilizada para obtener la prima de tarifa

$$Pt_k = \Pi_k^N * (1+\gamma) \div (1 - \alpha)$$

Donde:

$$\alpha = A + B + C$$

$\Pi_k^N$  = prima Neta del rango k

A = Gastos de Administración

B = Gastos de Adquisición

C = Margen de utilidad

$\gamma$  = Factor de recargo por: inflación, factores macroeconómicos, devaluación, etc.; se considera que en el primer año es igual a cero.

En dicha prima de tarifa se consideran los factores siguientes:

Gastos de Administración 15%,

Gastos de Adquisición 20%, y

Margen de utilidad 3 %.



En consecuencia, para los dos escenarios indicados en las Primas Netas presentadas anteriormente, se tienen las Primas de Tarifa siguientes:

PRIMAS DE TARIFA

NÚMERO	RANGOS		PRIMAS NETAS PARA	
	DE	A	COASEGURO DEL 0%	COASEGURO DEL 20.0917635%
1	negocios con menos de 25 asegurados	25	837.96	669.60
2	25	50	806.30	644.30
3	51	100	775.15	619.41
4	101	200	744.50	594.92
5	201	350	714.35	570.83
6	351	500	684.70	547.13
7	501	800	655.53	523.82
8	801	1,000	626.84	500.90
9	1,001	2,000	598.62	478.35
10	2,001	En adelante	570.87	456.18

**Reserva de Riesgos en Curso:** Se calculará sobre la base de la prima de tarifa anualizada; considerando a la fecha de valuación la prima no, de conformidad al cálculo basado en la vigencia de la póliza.

Así mismo, mensualmente se vigilara la suficiencia de la reserva, de conformidad al modelo que se muestra en el apartado correspondiente.

Cuando exista Reaseguro Cedido, se debe disminuir la prima de Reaseguro Cedido a la prima Directa con objeto de obtener la prima de Retención.

**Naturaleza de los Recursos a utilizar en la Prestación de Servicios:**

En la prestación de los servicios indicados en las coberturas detalladas en la presente Nota Técnica, la Aseguradora utilizará los recursos e instalaciones de terceros correspondientes a cada uno de los prestadores de Servicios indicados en la Red de Prestadores de Servicios relacionados en el suplemento al folleto explicativo.

### **3.2.3.1. Documentos Contractuales:**

Como se comentó anteriormente, los documentos contractuales asociados al producto de Seguros Salud Bucal, están integrados por:

- a). La Solicitud de Seguro o Solicitud de Emisión de la Póliza
- b). La carátula de la Póliza,
- c). Consentimiento Individual
- d). Los Endosos que en su oportunidad se emitan,
- e). El Recibo oficial de pago,
- f). Las Condiciones Generales de la Póliza,
- g). Las Condiciones Particulares que en su caso, se emitan,
- h). La relación de Asegurados,
- i). La Credencial de Seguro,
- j). El Folleto Explicativo, y el suplemento al folleto explicativo

La Solicitud de Seguro o Solicitud de Emisión de la Póliza, la carátula de la Póliza, el Consentimiento Individual, los Endosos que en su oportunidad se emitan, el Recibo oficial de pago, la relación de Asegurados, y la Credencial de Seguro en su estructura conceptual son exactamente las mismas que los documentos mencionados en el producto Salud Médica, mostrado anteriormente, únicamente deben modificarse para que las referencias sean ahora respecto del producto Salud Dental.

Los documentos: Condiciones Generales de la Póliza, Condiciones Particulares que en su caso, se emitan, el Folleto Explicativo, y el suplemento al folleto explicativo, deben adecuarse para quedar referido al producto Salud Dental, a manera de muestra se muestran a continuación las

## **CONDICIONES GENERALES DE SEGUROS DE SALUD DENTAL**

### **CONTENIDO**

- 1. Definiciones
- 2. Clausulado
- 3. Gastos Cubiertos
- 4. Exclusiones
- 5. Derechos del Paciente

## **DEFINICIONES:**

**ACCIDENTE.** Se considera accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado.

No se considera accidente a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado, ni aquellas cuyas primeras complicaciones o gastos ocurren después de los 30 días siguientes a la fecha del accidente.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente, se consideran como un solo evento.

**ANTIGÜEDAD.** Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada la persona en una Póliza de Salud.

**ASEGURADOS.** Son las personas amparadas por un Seguro de Salud y cuyos nombres aparecen detallados en la relación del personal incluido en la póliza de Seguro de Salud de la Aseguradora.

Siempre que cumplan con las características del grupo asegurable, descritas en la carátula de la póliza.

**ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL.** Es la persona física que tiene una relación laboral con la empresa contratante del Seguro de Salud, que se adhirió a la Póliza de Seguros y fue reportado por el contratante a la Aseguradora o que pertenece a cualquier de los grupos asegurables a que se refieren estas definiciones.

**ASEGURADOS TOTALES O TOTAL DE ASEGURADOS.** Es la suma de todos los Asegurado, titulares y sus dependientes económicos, aceptados con tal condición por parte de la Compañía Aseguradora.

**ATENCIÓN INMEDIATA.-** Son los procedimientos iniciales para estabilizar al asegurado, efectuados con la máxima prontitud posible.

**AYUDANTE O ASISTENTE MÉDICO U ODONTOLÒGICO.** Médico, o Cirujano, u Odontólogo, o Profesional de los Servicios médicos, que asiste o apoya al Prestador de los Servicios, durante el desarrollo de una operación quirúrgica o en la prestación de algunos de los Servicios médico-

Odontológicos. Y cuya participación es indispensable para una prestación de los Servicios con Calidad, eficiencia y de una forma integral.

**CITA INMEDIATA.**- Cita no programada y en la cual el paciente presente dolor agudo, concertada con la máxima prontitud posible.

**COASEGURO O COPAGO.** Porcentaje o cantidad fija del gasto total de los servicios médicos u Odontológicos, a cargo del Asegurado, aplicable, en su caso, después del deducible para cada procedimiento o servicio médico u odontológico; dicho porcentaje está establecido en la carátula de la póliza.

**CONTRATANTE.** Es aquella persona física o moral que contrata por cuenta propia o por cuenta de otro, con o sin la designación de la persona del tercero asegurado; quién además, se compromete directamente con la Compañía Aseguradora, a realizar el pago de las primas.

**COSMÉTICA DENTAL.** Todas las mejoras estéticas en la boca del asegurado, como parte de la búsqueda de bienestar en términos de valor estético, utilizando obturaciones estéticas, carillas, cerámicas, implantes, etc.

**DEDUCIBLE ANUAL POR ASEGURADO.** Es el pago que en una única ocasión, durante la vigencia de la póliza, efectúa el asegurado al presentarse a recibir el primer servicio que otorga la póliza, independientemente de los pagos que por otros conceptos deba realizar dicho asegurado.

La cantidad fija o porcentual que, en su caso, se establece en la carátula de la póliza o en alguno de los endosos de la misma, es determinada por el Contratante de la póliza al momento de establecer el contrato de Seguro correspondiente.

**DEPENDIENTES ECONOMICOS ELEGIBLE.** Un dependiente elegible es el cónyuge del asegurado titular y sus hijos que sean solteros, que no tengan ingresos de trabajo personal y que sean menores de 25 años de edad o aquellos que cumplan con las características especiales de los grupos asegurables, establecidos en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

**DIAGNOSTICO.** Determinación de una enfermedad por los signos que le son propicios mediante la auscultación o revisión clínica del paciente, que pueden requerir de otros métodos de corroboración como estudios de laboratorio y gabinete, modelos de estudio, etc., para poder establecer el tipo de padecimiento que dicho paciente sufra.

**EMERGENCIA.** Se considera como emergencia toda alteración física que ponga en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano o miembro corporal del asegurado.

**ENDOSO.** Documento Contractual de una póliza de Seguros, que modifica, previo acuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora, las condiciones de la Póliza de seguro.

**ENFERMEDAD.** Se entiende por enfermedad al conjunto de alteraciones morfológicas estructurales y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales el sujeto presente modificaciones a su estado biosicomotor y funcional, que amerite tratamiento médico. No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa a la salud del asegurado, de su tratamiento médico, quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se consideran como una misma enfermedad.

**FARMACIA.** Establecimiento legalmente establecido y autorizado por la Aseguradora, para que el asegurado adquiera los medicamentos prescritos por el médico tratante de red, necesarios para su tratamiento.

**GABINETE y/o LABORATORIO.** Establecimiento legalmente establecido y autorizado por la Aseguradora, para que el asegurado se realice estudios o pruebas médicas, prescritas por el Médico tratante de red, para determinar el estado de salud o bien para observar el avance de la restitución de la salud del asegurado.

**GRUPOS ASEGURABLES.** Son:

- A) Los empleados u obreros de un mismo o diferente patrón, empresa o grupo empresarial, los grupos formados por una misma clase, en razón de su actividad o lugar de trabajo.
- B) Las Fracciones de sindicatos o de uniones o de agrupaciones de trabajadores,
- C) Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación o por algún otro interés colectivo, de sus miembros constituyen colectividades asegurables.

Siempre y cuando cumplan con los mínimos que marca el artículo 1º del Reglamento de Seguro de Grupo.

**HOSPITAL O SANATORIO.** Establecimiento o Institución de Salud Legalmente registrado ante las autoridades correspondientes, para la atención médica Hospitalaria.

**HOSPITALIZACION.** Es el período de estancia continua del Asegurado en un Hospital o Sanatorio, como interno del mismo, con el fin de practicársele estudios, diagnósticos, operaciones médico quirúrgicas, etc., que permitan o faciliten la restauración de su salud.

Dicho periodo empezará a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

**MEDICAMENTOS.** Substancias activas registradas ante las autoridades de Salud, referidas por un médico alópata previa consulta destinada al alivio, tratamiento o restitución de la salud del Asegurado.

**ODONTÓLOGO.** Persona que ejerce la Odontología, titulado y legalmente autorizado para ejercer su profesión y se clasifica como: Odontólogo General o bien como Odontólogo Especialista.

**ODONTÓLOGO ESPECIALISTA.** Odontólogo que practica alguna o algunas ramas de la odontología, debidamente acreditado y certificado para ejercer dicha especialidad.

**ODONTOPEDIATRÍA.** Especialidad de la odontología enfocada a los menores de 13 años.

**PADECIMIENTOS CONGENITOS.** Enfermedad que tuvo su origen durante el periodo de gestación, o por factores hereditarios, aunque sus síntomas se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento.

**PAGO DIRECTO.** Procedimiento mediante el cual la Compañía de Seguros paga directamente al Prestador de Servicios Médicos, con el cual tiene convenio específico sobre este procedimiento, para el pago por los servicios cubiertos por la póliza y proporcionados al Asegurado.

Para que exista pago directo, es requisito que la póliza o la fracción de prima pactada se encuentre pagada, además de que el Asegurado llame al centro de atención telefónica antes de acudir al Prestador de Servicios Médicos.

**PERIODO AL DESCUBIERTO.** Es el lapso en el cual la póliza no está pagada. Inicia el último día del periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada, con la previa aceptación escrita de la Compañía de Seguros.

**PERIODO DE ESPERA.** Es el lapso predeterminado e ininterrumpido, que debe transcurrir para cubrir algunos padecimientos, establecidos en la Póliza.

**PERIODO DE GRACIA.** Es el lapso de 30 días naturales, contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima anual total o la fracción de las primas pactadas en la Póliza, previo acuerdo por escrito entre la Aseguradora y el Contratante. En este periodo no procede el servicio de pago directo.

**PREEXISTENCIA.** Es aquella enfermedad.

- a). Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y/o
- b). Por la cual se haya integrado un diagnóstico médico previo a la vigencia de la póliza, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- c). Aquella cuyos síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos para el asegurado, previo a la vigencia de la póliza, o en opinión del médico tratante.

**PROPONENTE INTERMEDIARIO O AGENTE DE SEGUROS.** Es la persona que solicita a la Aseguradora una oferta de un Seguro de Salud para sí mismo o para un tercero.

Las declaraciones firmadas por el proponente serán la base para el Contrato de Seguros.

El proponente está obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora todos los hechos importantes que puedan influir en la apreciación del riesgo, tales como las conozca o las deba conocer.

**RECLAMACIONES.** Son las solicitudes tanto de los asegurados como de los Prestadores de Servicio para hacer efectivo el pago originado por un evento amparado por la póliza.

**RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD.** Es el reconocimiento del período in interrumpido que cada Asegurado en lo particular, tuvo en otro plan de Salud con otra Aseguradora.

**RED.** Son los proveedores de servicios odontológicos o médicos, servicios de apoyo (farmacéutico, de ambulancia, de ópticas, Laboratorio, gabinete y hospitalarios, etc.), afiliados o vinculados mediante la protocolización de un convenio con la Compañía de Seguros, que tienen por objeto proporcionar al asegurado y/o a sus dependientes económicos el servicio con la calidad requerida, además de la aceptación de pago directo de los servicios amparados que resulten a cargo de la institución por la atención prestada a los asegurados, conforme a lo estipulado en la carátula de la póliza.

**REEMBOLSO.** Este procedimiento consiste en que los gastos realizados como consecuencia de algún servicio cubierto por la póliza, deberán ser liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios y que posteriormente serán reintegrados por la Compañía de seguros al asegurado o a quien éste designe ante la Compañía, previa autorización del reembolso por la aseguradora.

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.** Es una opinión que puede ser requerida en adición a la del Médico u Odontólogo Tratante, por el asegurado o por la compañía en caso de controversia en cuanto al diagnóstico o tratamiento médico original.

**SEGURO DE SALUD.** Es un seguro que tiene por objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado; su comercialización sólo esta autorizada exclusivamente a Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, (I.S.E.S.).

**SERVICIOS DE EMERGENCIA.** Los servicios de emergencia incluyen tanto al personal médico o paramédico como a los equipos, materiales y/o humanos, de apoyo que son necesarios y están disponibles las 24 horas de cada uno de los 365 (o 366) días del año, para atender, tratar, o referir médica u odontológicamente a un paciente.

**SERVICIO DENTAL.** Todos los procedimientos odontológicos cubiertos por el plan que sean detectados en el diagnóstico inicial y en el establecimiento del Plan de Tratamiento por el dentista.



**SOLICITUD DE SEGURO.** Es el documento oficial para la Compañía, indispensable para la emisión de la póliza, la cual deberá ser llenada y firmada por el Contratante y/o por el Proponente y/o por el Agente de Seguros correspondiente y en la cual se establecen las instrucciones particulares de emisión de la póliza de que se trate.

**SOLICITUD DE SERVICIOS MÉDICOS.** Solicitud de parte de los asegurados de algunos de los Servicios Médicos u Odontológicos amparados en la Póliza y/o endosos respectivos.

**TRATAMIENTO MÉDICO U ODONTOLÓGICO.** Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de una enfermedad o accidente.

Se tomará como un sólo tratamiento a aquel que continúe periódicamente conforme al plan establecido por el Médico u Odontólogo Tratante.

Se tomará también como parte de un tratamiento todo aquel procedimiento que aún cuando no se haya diagnosticado inicialmente, resulte en el desarrollo del mismo y se pueda verificar.

## **CLAUSULADO**

**CONTRATO DE SEGURO DE SALUD.-** Acuerdo celebrado entre la Compañía de seguros los asegurados, y/o el contratante; mediante el cual la Aseguradora se obliga a prestar Servicios tendientes a prevenir, curar y en su caso rehabilitar la Salud física de los asegurados.

Este Contrato de Seguros es conforme a la buena fe, al uso o a la ley, y se perfecciona, en los términos de la fracción I del artículo 21 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde el momento en que el proponente tenga conocimiento de la aceptación de la oferta.

El dolo o mala fe de una de las partes y el dolo que proviene de un tercero, sabiéndolo aquella, anulan el contrato.

Este Contrato de Seguros esta constituido por:

1. La Solicitud de Seguro o Solicitud de Emisión de la Póliza
2. La carátula de la Póliza,
3. Consentimiento Individual

4. Los Endosos que en su oportunidad se emitan,
5. El Recibo oficial de pago,
6. Estas Condiciones Generales de la Póliza,
7. Las Condiciones Particulares que en su caso, se emitan,
8. La relación de Asegurados,
9. La Credencial de Seguro,
10. El Folleto Explicativo, y
11. Directorio de Prestadores de Servicios.

**DUPLICADOS DE PÓLIZAS Y/O DOCUMENTOS CONTRACTUALES.-** A petición escrita del Contratante y en cumplimiento del artículo 23 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, la empresa aseguradora podrá expedir, a costa del asegurado, copia o duplicado de la póliza, así como de las declaraciones hechas en la oferta y/o de sus modificaciones.

**VIGENCIA.-** Salvo pacto en contrario, la vigencia de esta Póliza será de un año, teniendo vigencia durante el período que se estipula en la carátula de la póliza.

**DEFINICIÓN Y OBJETO DE LA COBERTURA DENTAL.-** La cobertura ampara algunos de los tratamientos a que se refiere el Diagnóstico, Prevención, Operatoria Dental, Cosmética Dental, Endodoncia, Parodoncia y Cirugía Bucal, los tratamientos específicos se incluyen en la tabla del Tabulador Dental especificado en el Folleto explicativo anexo a la Póliza y entregado a cada Asegurado.

La cobertura dental solo cubre honorarios de los odontólogos, quedando excluidos: los medicamentos, los gastos de hospitalización, los conceptos no incluidos en la tabla de honorarios, los tratamientos experimentales, etc.

**ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA.-** La administración de la presente Póliza se efectuara de la siguiente manera:

1. Todo movimiento de alta o baja de asegurados deberá ser notificado a la Aseguradora dentro de las veinticuatro horas a partir de la fecha en que se origina la inclusión o exclusión del asegurado en la póliza.
2. En atención a las instrucciones recibidas por el "Contratante", la "Aseguradora" registrará en sus archivos todo movimiento de Asegurados, en la forma siguiente:
  - a. En el caso de altas, a partir de la fecha en que lo solicite el Contratante; en caso de que la fecha de alta sea solicitada

retroactivamente, invariablemente deberá contarse con la solicitud escrita del Asegurado.

- b. En el caso de baja de Asegurados, invariablemente será a partir de la fecha en que la "Aseguradora" tome conocimiento de dicha solicitud, misma que deberá ajustarse a lo indicado en el punto uno de la presente Cláusula.
3. Todo movimiento de alta o baja de asegurados deberá ser notificado por escrito al "Contratante, como parte de dicha notificación, la "Aseguradora" generará los documentos Contractuales correspondientes, tales como: endoso, credenciales, etcétera. Mismos que formarán parte del contrato a partir de su emisión.
4. Salvo pacto en contrario, invariablemente al termino de la vigencia de la Póliza se revisaran y ajustaran las primas netas anuales al cobro por concepto de movimientos de alta, baja y cambios en la póliza, generando la factura o recibo al cobro ó la nota de Crédito o Cheque de devolución de primas correspondiente al resultado del ajuste anual efectuado.
5. El cálculo mencionado en el punto anterior, se realizará sobre la base de la prima neta Pér Cápita pactada, calculando los días de cobertura de cada asegurado y cobrando o devolviendo la diferencia entre esta prima y la prima pagada de cada uno de ellos.

**MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.-** Las condiciones generales o particulares de la póliza, las cláusulas y los endosos de adhesión respectivos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la Aseguradora. Dichas modificaciones deberán constar por escrito en endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de seguros y Fianzas. (Artículo 19 de la Ley sobre el contrato de Seguro. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo, se considerará aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Art.25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)

Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro, deberá hacerse a la Aseguradora por escrito precisamente en su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

**COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO.-** Los Asegurados, quedarán amparados en los términos y condiciones descritos en la Póliza y en los endosos correspondientes y de conformidad con las coberturas contratadas, cuyas definiciones y alcances se detallaron anteriormente. Por los tratamientos o servicios cubiertos que requieran en el caso de accidente o de una enfermedad cubierta a partir de la fecha de inicio y hasta el final e la vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

Los gastos quedarán cubiertos aplicando el deducible y coaseguro en los términos especificados en la póliza y/o endosos correspondientes y de conformidad a las condiciones particulares que en su caso se emitan para el plan de seguros que se contrate, hasta el beneficio máximo pactado y que también aparece en la carátula de la póliza.

Las notificaciones y comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al contratante y/o asegurados, las hará llegar al Contratante, a través del Corredor de Seguros o Agente Profesional de Seguros que administre la Póliza.

#### **TERMINACION DEL SEGURO:**

**A) POR RESCISIÓN UNILATERAL DEL CONTRATANTE.-** En caso de rescisión unilateral del contrato por parte del Contratante del Seguro, la aseguradora conservará su derecho a la prima por el período del seguro en curso en el momento de la rescisión; en tal caso, la Aseguradora podrá optar por:

- a. Si dicha cancelación ocurre cuando el período de vigencia esta en curso, la Aseguradora restituirá al Contratante las tres cuartas partes de las primas correspondientes al período por devengar.
- b. Si dicha rescisión unilateral tiene lugar antes de que el riesgo haya comenzado a correr, el derecho se reducirá al reembolso del cien por ciento de la prima pagada, menos los gastos efectuados, incluyendo en su caso, los gastos de Adquisición que al efecto se hayan incurrido.

**B) POR RESCISIÓN UNILATERAL DE LA ASEGURADORA.-** En caso de que la Aseguradora sea quien de por terminado el Contrato de Seguros, deberá proceder en la forma siguiente:

1. Dará aviso por escrito al Contratante de la Póliza con al menos 15 días naturales de anticipación a la fecha en que surta efectos la baja de la póliza.
2. Revisará la situación de la póliza y procederá de conformidad a lo indicado en la cláusula "ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA".

**C) POR SEPARACIÓN DE LOS ASEGURADOS POR TERMINACIÓN DE RELACIÓN LABORAL.-** Los trabajadores que se separen definitivamente de la empresa contratante del seguro, dejarán de estar asegurados, ellos y sus dependientes económicos, desde el momento de la terminación de relación laboral del empleado con su patrón contratante del seguro, quedando sin validez alguna el certificado individual y/o credencial expedidos, siempre y cuando dicha separación laboral sea notificada la Compañía de Seguros.

**D) POR VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.-** Todo tratamiento médico u odontológico será atendido por la Red de Prestadores de Servicios de la Aseguradora, bajo las condiciones estipuladas en la Póliza, sus Endosos y en las presentes Condiciones Generales, durante el período de vigencia de dicha póliza.

Cuando se dé por terminado el seguro por cualquiera de las formas antes mencionadas, la obligación de la Aseguradora de prestar el servicio dirigido a fomentar o restaurar la salud del asegurado terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse los límites a que se refiere la cláusula de límites máximos de responsabilidad; o
3. A los dos años de verificarse la terminación del contrato.

**USO DE LOS SERVICIOS.-** Con el objeto de controlar el uso de los servicios amparados por las coberturas contratadas, se pone a disposición de los asegurados, un Sistema de Gestión Telefónica de Citas de Servicios Médicos, con el cual los asegurados podrán acceder a todos y cada uno de los servicios amparados por la Coberturas contratadas en la Póliza, en la que se encuentren vigentes.

Los servicios otorgados por cada una de las coberturas serán efectuados a través de una Red de Prestadores de Servicios Médicos externa a la

Aseguradora, misma que se integra con profesionales de la Salud, los cuales fueron meticulosamente seleccionados bajo estrictos controles de Calidad que y cumplen con:

Personal Odontológico:

- Profesional titulado,
- En su caso, Especialista Certificados por el Colegio de la especialidad de que se trate
- Sin antecedentes de mala práctica o impericia profesional
- Servicios de Apoyo
- Consultorios debidamente instalados, de conformidad con las Normas de Salud vigentes,
- Equipo y material médico que cumplen al cien por ciento con las normas establecidas por la Secretaría de Salud.

En atención a la libertad de elección que conforme a derecho tiene el asegurado, en cuanto a la elección del médico o prestador de servicios, si la atención requerida por el asegurado no esta dentro de la red de los prestadores de servicio, se podrá solicitar la autorización correspondiente al centro de atención y se procederá a rembolsar, de acuerdo a los aranceles que se tengan pactados a liquidar en ese momento al prestador de servicios del asegurado, previa deducción de los deducibles y coaseguros correspondientes. En estos casos, la responsabilidad máxima de la compañía será igual a la establecida como el límite máximo de responsabilidad que por riesgo y/o evento se estipule en la póliza o en las presentes Condiciones Generales o en los endosos específicos de la Póliza contratada. Es responsabilidad única y exclusiva entre el asegurado y el medico tratante fuera de la Red, el requerir y hacer efectiva cualquier Garantía que deban tener los trabajos y/o procedimientos odontológicos.

**RENOVACIÓN AUTOMÁTICA.**- Un mes antes del término de la vigencia del Seguro, si el contratante no da aviso por escrito a la Aseguradora de que no desea renovar la póliza, la ASEGURADORA emitirá la renovación de la póliza bajo las condiciones en que se encuentre a dicha fecha, para hacer efectiva dicha renovación, bastará que dentro del período legal de gracia el Contratante efectúe el pago de la prima de renovación, acreditado mediante el recibo expedido por la Aseguradora.

En cada renovación anual, la Aseguradora aplicará las primas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la fecha de renovación.

Al término de la vigencia de la póliza, concluirá la totalidad de las prestaciones de la póliza, a excepción de que la misma sea renovada.

**MONEDA.-** Todo pago relativo a este Póliza ya sea por parte del Contratante o de la Compañía, se efectuará en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúe el mismo.

**PRIMAS.-** La prima de está póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo al tipo de plan que se haya contratado y vence en el momento de la celebración de la Póliza.

En cada movimiento de alta, o baja de Asegurados la prima se determinará de cuerdo con el plan contratado, aplicando las tarifas correspondientes.

Cada renovación, se efectuará de conformidad a las políticas, estructura de planes y tarifas que la Aseguradora tenga en vigor a esa fecha.

Si el Contratante conviene por escrito con la Aseguradora el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, y vencerán al inicio de cada periodo pactado, en que para efecto del pago de la prima se hubiere dividido el periodo del Seguro; dicho convenio deberá hacerse constar por escrito por parte de la Aseguradora.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, se aplicarán a la misma las tasas de financiamiento que la Aseguradora tenga vigente en la fecha de emisión de la póliza.

Las primas convenidas podrán pagarse en cualquiera de las oficinas de la compañía contra entrega del recibo correspondiente.

A las doce horas del día del último día del periodo de gracia los efectos de la Póliza cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima ó fracción pactada.

**REHABILITACIÓN.-** La póliza cancelada por falta de pago, podrá ser rehabilitada previa solicitud escrita del contratante y aceptación expresa y por escrito de parte de la Aseguradora.

**TERRITORIALIDAD.-** La cobertura de este Póliza únicamente ampara al asegurado en el Territorio Nacional.

**EDAD.-** La compañía no aceptará el ingreso a esta póliza a personas mayores de 69 años. En los casos de renovación la póliza, los asegurados con antigüedad de al menos un año de estar Asegurados con la Aseguradora, podrán continuar en vigor hasta la fecha en que sean dados de baja del seguro directamente por el Contratante de la Póliza.

Por lo que respecta a los hijos de titulares, estos se aceptarán desde el primer día de nacidos y hasta cumplir los xx años de edad o hasta la edad que se estipule en los endosos o condiciones específicas que al respecto se emitan.

Cuando se compruebe que hubo una inexactitud de la indicación de la edad del Asegurado, la compañía no podrá rescindir el convenio, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración estuviera fuera de los límites de admisión fijados por la compañía, pero en este caso se devolverá al Asegurado la prima no devengada existente en la fecha de su rescisión.

La compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados, en cuyo caso, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

**ALTAS DE ASEGURADOS.-** Se requiere notificación por escrito del contratante a la Aseguradora, incluyendo los datos requeridos para su inclusión en la Póliza, y lo anterior implica la aceptación de la obligación del pago de la prima que corresponda a los nuevos Asegurados.

El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante, traerá como consecuencia que la Aseguradora, en el caso de los nuevos integrantes del grupo asegurado no reciban los beneficios que otorga la Póliza, mientras no se efectúe el pago de la prima correspondiente y en consecuencia, la Aseguradora sólo proporcionará los servicios médicos u odontológicos, a los Asegurados incluidos en la relación de asegurados de la póliza o endosos respectivos y vigentes.

Cuando un miembro ingrese al Grupo Asegurado con posterioridad a la vigencia de la póliza, y siempre y cuando hubiere firmado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedará asegurado desde el momento en que adquiera las características para formar parte del Grupo Asegurado.



En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la póliza, la Compañía, cobrará la prima correspondiente calculada a prorrata, desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

**BAJA DE ASEGURADOS.-** Los hijos de los asegurados que sean mayores de xx años de edad serán dados de baja automáticamente en la póliza.

Cuando un Asegurado sea dado de baja de la empresa donde labore, el Contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la Aseguradora cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el Contratante no haya dado aviso de inmediato, el Seguro continuará en vigor para el Asegurado y el Contratante asumirá la responsabilidad correspondiente.

Causarán bajas de esta póliza las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo o Colectividad Asegurada, así como sus dependientes. Los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación del asegurado titular de la empresa contratante.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, la Compañía devolverá, a prorrata, al Contratante la prima correspondiente a dicho Asegurado en el ajuste anual.

**CAMBIO DE CONTRATANTE.-** Cuando haya cambio de Contratante, la Aseguradora podrá rescindir la Póliza dentro de los 30 días siguientes a la fecha del cambio notificado por escrito al contratante y sus obligaciones terminarán 30 días después de haber sido notificado el nuevo contratante. La aseguradora reembolsará a éste la parte de la prima correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia inicialmente pactada.

**MEDIO DE CONTRATACIÓN.-** El contratante que desee celebrar la contratación de una Póliza de seguros podrá hacerlo de manera directa o a través de un conducto o intermediario de seguros (Agente, Promotor o Apoderado).

En el caso de que la Póliza se celebre a través de un intermediario de seguros, éste lo hará en los términos del reglamento de agentes de seguros y fianzas, y podrá tramitar a nombre del contratante, ante la aseguradora la expedición de la cotización y/o endosos correspondientes. Dicho conducto o intermediario de seguros, deberá presentar un escrito en papel membreteado del contratante y firmado por el representante legal del mismo, en el cuál se le

designe como la persona autorizada para intermediar en la contratación del seguro que se trate.

**OBLIGACION DE ASEGURAR.-** El Contratante se obliga a solicitar Seguro para todas aquellas personas que en el momento de la expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte del “grupo asegurable”.

Asimismo se obliga a solicitar Seguro en los términos de esta póliza para todas personas las que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro de los xx días siguientes a la fecha en que se reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante facultará a la Aseguradora a dar por terminado este Seguro mediante aviso por escrito al Contratante comunicado con xx días de anticipación.

En el caso de que la participación sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de personas que lo soliciten con posterioridad a los primeros xx días de la vigencia de la póliza, quedará sujeta a la aprobación previa de la Aseguradora.

**OTORGAMIENTO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS.-** Es obligación del asegurado dar aviso telefónico a la Aseguradora de toda, solicitud de servicio odontológico.

Sin excepción alguna, para recibir los servicios de las coberturas amparadas por la póliza contratada, se otorgará al asegurado, un número de autorización, mismo que confirma la vigencia y cobertura del asegurado en la póliza que corresponda.

En su caso, el Odontólogo tratante se comunicará a las oficinas de la Aseguradora, (una vez que el paciente acudió a su consultorio y se estableció un Plan de Tratamiento Específico), antes de su segunda cita, para indicarnos el Plan de tratamiento, monto y cantidad de citas aproximadas para la terminación del mismo, a efecto de que se le proporcione el complemento de su Número de Autorización y entonces proceda a proporcionar los servicios al asegurado.

Esta información debe de anotarse en los formatos de Historia Clínica y/o en la Ficha Dental (proporcionados por la Aseguradora) y se requisitarán de acuerdo a los procedimientos de trabajo establecidos.

**NÚMERO DE AUTORIZACIÓN.-** El número de autorización es individual, por tratamiento o servicio solicitado e intransferible., así mismo, dicho número caduca a los treinta días de haberse asignado. En caso de que el plan de tratamiento requiera de más de treinta días para su total cumplimiento, antes del término de dicho lapso se deberá solicitar una nueva asignación del número de autorización.

**VERIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS REALIZADOS.-** Con el fin de verificar los tratamientos realizados, la calidad del servicio proporcionado, de vigilar los derechos de los asegurados, la Aseguradora podrá comunicarse directamente con los asegurados o con los Contratantes que hayan utilizado los servicios amparados por la Póliza, o con los prestadores de Servicio para constatar los servicios, calidad o derechos mencionados.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a los Prestadores de Servicios, pruebas médicas adicionales de los tratamientos realizados.

**REEMBOLSO PARA SERVICIOS REALIZADOS CON PRESTADORES DE SERVICIO FUERA DE RED.-** El asegurado que requiera un servicio ofrecido en la Póliza de seguros que no pueda ser proporcionado por la Aseguradora, podrá recibir los servicios a través de un prestador de Servicios fuera de la Red, siempre y cuando haya sido autorizado por la Aseguradora y se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el paciente se encuentre dentro de Territorio Nacional,
- Que no se cuente con los prestadores de servicios ofrecidos en la contratación de la póliza.
- Que el tratamiento que requiera sea de consulta inmediata o bien,
- Que una vez atendido por un odontólogo de la red el paciente solicite una segunda opinión médica y la aseguradora autorice el que acuda a un médico fuera de red.

También procederá el reembolso en caso de Urgencia Odontológica, hasta por los límites de responsabilidad señalados en las presentes Condiciones Generales y/o en los Endosos de la Póliza, en la que el asegurado haya tenido que acudir a prestadores de servicio fuera de la red como consecuencia de saturación, falta de disponibilidad en el servicio o error de diagnóstico de la red.

Para los efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en que el asegurado haya asistido previamente a algún Prestador de Servicios de la red de la Aseguradora, y por falta de un diagnóstico acertado

haya requerido de la atención de servicios médicos fuera de la propia red, debido a la misma urgencia médica. También en este caso y respecto de los Límites de Responsabilidad se estará a lo señalado en el párrafo anterior.

**PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO.-** El paciente se comunica a nuestras oficinas para solicitar un número de autorización para su pago vía reembolso.

Se le comunicará al paciente el monto que la Aseguradora liquidará por el servicio de acuerdo al tabulador de Servicios o tratamientos correspondientes, así como la información que se deberá presentar para el trámite del reembolso.

La Aseguradora no se hará responsable por los servicios proporcionados por cualquier prestador de servicios fuera de la red ni por su aceptación de pago directo, ni por la calidad y/o garantías que el servicio odontológico requiera.

Los reembolsos que resulten procedentes conforme a las cláusulas precedentes, serán liquidados en el curso de los xx días naturales siguientes a la fecha en que la Aseguradora reciba los documentos e información completa, que le permita conocer los fundamentos de la reclamación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Aseguradora a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del reclamante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía; si la reintegración se realiza en la semana siguiente al día en que se le notifique al asegurado, el monto a devolver será igual al monto recibido en demasía, en otro caso, el asegurado se obliga a pagar los intereses que hubiera devengado dicho monto pagado en exceso, a una tasa de Interés igual a la tasa de Cetes a 30 días, más tres puntos porcentuales adicionales.

**PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN LA RECLAMACIÓN.-** Cuando el Asegurado solicite cualquier servicio médico u odontológico amparado por la póliza, o los endosos respectivos, el asegurado liquidará la cantidad de deducible especificado en la carátula de la póliza para el servicio de que se trate, del importe así determinado se descontará el porcentaje del coaseguro señalado en la carátula de la misma.

**INTERESES MORATORIOS.-** De conformidad con el artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, en caso de que la Aseguradora, no obstante, de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar las obligaciones

procedentes de los servicios médicos u odontológicos amparados por la Póliza, la Aseguradora deberá pagar una indemnización por mora de acuerdo a lo siguiente:

Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo. Sobre dichas Unidades de Inversión se pagará una tasa de interés igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las Instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.

En caso de que no se publiquen las tasas de referencia, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya.

Los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, la tasa de referencia deberá dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.

**COMPETENCIA.-** Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y en lo conducente al decreto por el que se crea al Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

De no someterse al arbitraje previsto por la Ley antes mencionada, las partes podrán ocurrir ante los Tribunales Jurisdiccionales que correspondan en razón del domicilio de la Aseguradora.

**PRESCRIPCIÓN.-** Todas las acciones que deriven de este contrato prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley del Contrato Sobre Seguro, salvo en los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

**LIMITACIONES GENERALES:**

**PERIODO AL DESCUBIERTO.-** No procede el pago del servicio médico u odontológico recibido, ni del pago directo por tratamientos, o accidentes o enfermedades, ni de padecimientos cuyos signos o síntomas se hayan manifestado durante un periodo al descubierto.

Aún cuando la póliza se encuentre bajo esta situación, en caso de que el contratante decida mantener vigente la Póliza, la obligación de pago del 100% de la prima al cobro permanece firme.

**LIMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD.-** La Aseguradora responderá de todos los acontecimientos que presenten el carácter del riesgo cuyas consecuencias se hayan asegurado y se encuentren detallados en la póliza de seguros correspondiente, o en sus Condiciones Particulares o en los Endosos que al efecto se emitan o en éstas Condiciones Generales, hasta por el Limite Máximo de Responsabilidad establecido para cada cobertura contratada.

COBERTURA BÁSICA AMPARADA	TRATAMIENTOS POR COBERTURA, SU INCLUSIÓN ESPECÍFICA SE DETALLA EN ENDOSO DE PÓLIZA	
	TRATAMIENTO	NUMERO DE TRATAMIENTOS INCLUIDOS
DIAGNOSTICO	EVALUACION ORAL EMERGENCIA (DOLOR AGUDO)	UNO AL AÑO
	EVALUACION ORAL COMPLETA	
	SERIE RX. COMPLETA 14 RX. INTRAORALES	
	RX. PERIAPICAL INTRAORAL.	
	MEDIA SERIE RX. 7 RX. INTRAORALES	
	RX. OCLUSAL INTRAORAL	
	RX. ALETA DE MORDIDA INTRAORAL	
	PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR	
PREVENCIÓN	PROFILAXIS ADULTO SEMESTRAL	DOS, AL AÑO (UNO CADA SEIS MESES)
	PROFILAXIS INFANTIL SEMESTRAL	
	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR CON PROFILAXIS	
	INFANTIL (SEMESTRAL)	

COBERTURA BÁSICA AMPARADA	TRATAMIENTOS POR COBERTURA, SU INCLUSIÓN ESPECÍFICA SE DETALLA EN ENDOSO DE PÓLIZA	
	TRATAMIENTO	NUMERO DE TRATAMIENTOS INCLUIDOS
COSMETICA DENTAL	CORONA DE ACERO PREFABRICADA DIENTES PRIMARIOS	NINGUNO
	CORONA DE CELULOIDE PREFABRICADO	
	CORONA DE ACERO PREFABRICADO CON VENTANA DE RESINA	
	PIN DE RETENCIÓN POR DIENTE	
OPERATORIA DENTAL	AMALGAMA UNA SUPERFICIE DIENTES PRIMARIOS	SIN LIMITE
	AMALGAMA DOS SUPERFICIES DIENTES PRIMARIOS	
	AMALGAMA TRES SUPERFICIES DIENTES PRIMARIOS	
	AMALGAMA UNA SUPERFICIE DIENTES PERMANENTES	
	AMALGAMA DOS SUPERFICIES DIENTES PERMANENTES	
	AMALGAMA TRES SUPERFICIES DIENTES PERMANENTES	
	RESINA UNA SUPERFICIE DIENTES ANTERIORES	
	RESINA DOS SUPERFICIES DIENTES ANTERIORES	
ENDODONCIA	PULPOTOMIA DIENTES PRIMARIOS (FORMOCRESOL)	SIN LIMITE
	PULPECTOMIA DIENTES ANTERIORES PRIMARIOS	
	PULPECTOMIA DIENTES POSTERIORES PRIMARIOS	
	TRATAMIENTO ENDODONTICO ANTERIORES	
	TRATAMIENTO ENDODONTICO PREMOLARES	
	TRATAMIENTO ENDODONTICO MOLARES	
	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR ANTERIORES	
	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR PREMOLARES	
	RETRATAMIENTO CANAL RADICULAR MOLARES	
	RECALCIFICACION APICAL VISITA INICIAL	
	RECALCIFICACION APICAL VISITA DE CONTROL	
	RECALCIFICACION APICAL VISITA FINAL	
	APIPECTOMIA ANTERIORES (UNA RAIZ)	
	APIPECTOMIA PREMOLARES (DOS RAICES)	
	APIPECTOMIA MOLARES (TRES RAICES)	
	RADICECTOMIA	
HEMISECCION (EXTRACCION INCOMPLETA RADICULAR)		
PARODONCIA	PLASTIA DE PROCESO ALVEOLAR POR CUADRANTE	UNA ANUAL
	FERULIZACION POR CUADRANTE	
	LIMPIEZA PARODONTAL PROFUNDA	
CIRUGIA BUCAL	EXTRACCION SIMPLE	CUATRO, PREVIA AUTORIZACIÓN
	EXTRACCION DE DIENTE TEMPORAL	
	EXTRACCION DE DIENTE IMPACTADO EN TEJIDO BLANDO	
	EXTRACCION DE DIENTE PARCIALMENTE IMPACTADO EN HUESO	
	EXTRACCION DE DIENTE TOTALMENTE IMPACTADO EN HUESO	
	EXPOSICION QUIRURGICA DE DIENTES INCLUIDOS	
	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO DURO	
	BIOPSIA ORAL DE TEJIDO BLANDO	
	EXTIRPACION DE TUMOR BENIGNO < 1.25 cm.	
	EXTIRPACION DE TUMOR MALIGNO < 1.25 cm.	
	REMOCION DE QUISTE ODONTOGENO >1.25 cm.	
	REMOCION DE QUISTE ODONTOGENO < 1.25 cm.	
	DRENAJE DE ABSCESO DENTRO DE TEJIDOS BLANDOS (CANULIZADO)	

**GASTOS Y SERVICIOS CUBIERTOS.-** Si durante la vigencia de esta póliza, se solicita un servicio cubierto en la misma, la Aseguradora cubrirá, (previa deducción del deducible, en caso de que exista, y del coaseguro a cargo del asegurado), el costo de dichos servicios, de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en la Póliza. Lo anterior tendrá lugar, siempre que los servicios hayan sido efectuados dentro de la República Mexicana y el Asegurado se encuentre vigente dentro del periodo de cobertura al momento de requerir el servicio.

Los siguientes gastos se cubrirán siempre y cuando se establezcan en el endoso correspondiente y se realicen por la utilización de un servicio cubierto en el mismo.

A. Honorarios por consultas médicas en Sanatorio u Hospital, consultorio o domicilio de acuerdo a lo detallado en la relación anexa a la carátula de la póliza bajo el nombre de Servicios Cubiertos.

B. Gastos de diagnóstico, análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, electrocardiogramas, ultrasonido, o cualquier otro incluido en el endoso correspondiente.

C. Gastos por Servicios Odontológicos de acuerdo a lo especificado en el plan o cobertura contratada y/o al endoso correspondiente.

D. Todo tratamiento o servicio odontológico no detallado en estas condiciones o en la carátula de la póliza se podrá incluir previo acuerdo con la aseguradora y emisión del endoso que corresponda obligándose el contratante al pago de la prima respectiva.

### **EXCLUSIONES**

Esta póliza no cubre gastos por concepto de:

- 1. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, paradontales protésicos o de ortodoncia cualquiera que sea su naturaleza y origen no especificados como servicios cubiertos.**
- 2. Gastos originados por la compra o renta de aparatos ortopédicos. Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos o prótesis ya existentes a la fecha del tratamiento.**
- 3. Lesiones recibidas al participar el Asegurado en Alguna riña.**



4. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, o al participar directamente el Asegurado en la comisión de actos delictuosos de carácter internacional.
5. Lesiones sufridas por el Asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier vehículo en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
6. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros.
7. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento dental o médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
8. Los servicios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas, vegetariano cualquier médico que no cuente con cédula profesional.
9. 9. Gastos efectuados por el propio Asegurado que no tengan relación con el programa de tratamiento médico u odontológico autorizado por la Aseguradora al médico u odontólogo tratante.
10. Tratamientos dentales o médico o quirúrgicos experimentales, de los que no este debidamente comprobada su eficiencia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
11. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de los deportes como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, box, lucha libre, lucha Greco Romana y artes marciales.

Lesiones que el Asegurado sufra por la práctica de la tauromaquia, motociclismo terrestre o acuático, Go Karts, Jet Ski y cualquier tipo de deporte aéreo.

12. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta y aprendizaje.
13. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanía.
14. Tratamientos médicos-quirúrgicos de cualquier carácter.
15. Tratamiento médico quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, reducción de peso u obesidad y delgadez.
16. Tratamientos médicos quirúrgicos o tratamientos para control de la natalidad y sus complicaciones.
17. Tratamiento médico quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.
18. Tratamiento médico quirúrgico basándose en hipnotismo y quelaciones.
19. Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se someta en estado de enajenación mental.
20. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado.
21. Lesiones que ocurran estando el Asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico o a menos que no pueda imputarse al asegurado culpa, impericia o negligencia graves en la realización del siniestro.
22. Ambulancia aérea.
23. Se excluyen todos aquellos tratamientos a consecuencia de los padecimientos siguientes:
  - SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirido)
  - VIH (Virus de inmunodeficiencia humana)
  - Retrovirus, etc.

24. Todo tratamiento no incluido en la carátula de la Póliza o en un endoso anexo correspondiente y, en su caso, toda exclusión especificada en los endosos anexos a la póliza.
25. Renta de equipo para recuperación, como por ejemplo: sillas de ruedas, muletas, pulmón de acero o cualquier otro equipo usado para el tratamiento.
26. Tratamientos médicos de carácter reconstructivo, ó estético.

#### **DERECHOS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO:**

**ACCESO O ATENCIÓN.-** Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios, que el resto de los pacientes del Prestador de Servicios de que se trate, que no sean Asegurados.

**RESPECTO Y DIGNIDAD.-** El trato al paciente o usuario deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

**PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.-** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad de los usuarios. Asimismo, la información relativa a los usuarios deberá preservar la confidencialidad.

**SEGURIDAD PERSONAL.-** El usuario tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.

**IDENTIDAD.-** El paciente o usuario tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

**INFORMACIÓN.-** El usuario tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto a lo que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

**COMUNICACIÓN.-** El enfermo o usuario tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

**CONSENTIMIENTO.-** El paciente o usuario no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.

Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

**CONSULTAS.-** El paciente o usuario tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en la Póliza de servicios respectivo.

**NEGATIVA AL TRATAMIENTO.-** El paciente o usuario tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.

**SELECCIÓN DE MÉDICO Y HOSPITAL.-** El paciente o usuario tiene derecho de seleccionar al médico y/u hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en la Póliza de servicios respectivo.

**RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.-** Los médicos profesionales son los responsables directos ante él mismo y ante los asegurados de la prestación de los servicios médicos a que se refiere a la presente Póliza, por ser las personas que cuentan con autorización otorgada por las autoridades del país, y la capacidad profesional para ejercer la medicina.

Por la razón anterior el profesionista ha deslindado a la compañía, a sus representantes, directivos, colaboradores y personal, de cualquier tipo de responsabilidad civil, profesional, administrativa o inclusive penal, que llegara a generarse por acciones y omisiones que impliquen negligencia, impericia, error, desconocimiento o circunstancias análogas.

El que preste servicios profesionales, solo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito, originadas por dichas irregularidades del profesional de los servicios médicos, en la atención del paciente.

### **3.2.4. NOTA TÉCNICA DEL PLAN SOLUCIÓN MÉDICA DENTAL, GRUPO Y COLECTIVO**

Considerando que la presente Nota Técnica, es una conjugación de las dos Notas Técnicas ya mencionadas, la documentación contractual asociada a es a su vez, la misma la indicada en ambos planes, Médica y Dental, y únicamente se debe tener especial atención a en lo correspondiente a que en este caso debe mencionarse tanto los aspectos de la salud bucal del Asegurado, como lo concerniente a todas y cada una de las coberturas del Plan Médica, con el fin de obviar espacio, en este apartado únicamente trataremos propiamente con la descripción de la propia Nota Técnica indicada.

#### **MARCO DE DESARROLLO**

Se ubica al producto MÉDICA-DENTAL, como un Seguro del Ramo de Salud de tipo Empresarial y el mismo, esta orientado a proporcionar servicios médicos de prevención o restauración de la salud de Grupos correspondientes al núcleo familiar o a de dependientes económicos auténticos, de cada uno de los trabajadores que emplee un determinado Patrón o Colectividades.

En este sentido, en la contratación de estos Seguros, La Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., acepta la transferencia de la responsabilidad de atender los requerimientos (reclamaciones o siniestros) que presupone el quebrantamiento de la Salud del o de los asegurados. Todo esto bajo un esquema de un acontecimiento futuro e incierto, sea éste externo o no al Asegurado, Violento o no, Súbito o no, derivado de una enfermedad o de un accidente.

Inicialmente en la instrumentación de la responsabilidad aceptada, La Aseguradora prestará los Servicios de Salud mediante la gestión administrativa y articulación de recursos contratados con terceros, Prestadores de Servicios, y en los casos de programas de fomento a la Salud, éstos serán coordinados única y exclusivamente entre Grupo Integral y la empresa o colectividad contratante del seguro.

Todas las acciones de fomento y prevención, que al efecto desarrolle La Aseguradora, redundarán en un beneficio directo a la salud de los asegurados y, hacia un incremento real en la productividad de la empresa, dichas acciones a la postre también se verán reflejadas hacia la propia Aseguradora ya que en un futuro se tendrá una población asegurada más sana y se supondría una disminución considerable en la frecuencia de uso de los servicios.

También es de suponer que durante el transcurso de la vigencia de cada póliza, se pueden presentar desviaciones por abuso o mal uso o uso irracional de los servicios que contempla cada cobertura contratada, es por ello que se instrumenta desde el inicio de operaciones un control estricto sobre el otorgamiento de cada servicio solicitado; organizando y concertando toda cita o solicitud de servicio que requiera cada asegurado en lo particular.

La casuística utilizada en esta nota técnica, se generó a partir de registros estadísticos de la experiencia que la ahora Institución de Seguros, obtuvo como Administradora de Planes Prepagados de Salud.

Precisamente por lo anterior, la presente nota técnica se ha diseñado como una Nota Técnica Experimental, esperando que la propia experiencia del Sector de Seguros de Salud como de la propia Aseguradora, permita generar los registros estadísticos bajo las normas y premisas establecidas para toda Institución de Seguros, y entonces elaborar las adecuaciones pertinentes a los procedimientos de cálculo de primas de riesgo y de tarifas.

Toda póliza MÉDICA DENTAL, COLECTIVO, contempla dentro de sus coberturas las siguientes:

1. Consulta Médica.
2. Médico a Domicilio.
3. Enfermera a Domicilio.
4. Ambulancia Terrestre.
5. Lentes.
6. Laboratorio y Gabinete:
  - a. Cobertura de Cuadro Básico.
  - b. Cobertura de Cuadro Abierto.
7. Medicamentos:
  - a. Cobertura de Cuadro Básico de Medicamentos.
  - b. Cobertura de Cuadro Abierto de Medicamentos.
8. Dental con copago o sin copago.

Cada una de estas coberturas pueden comercializarse con o sin copago por parte del asegurado, para cada cobertura por riesgo y/o evento, además, cada una de éstas coberturas pueden contratarse al inicio o durante la vigencia de la Póliza, lo cual se hará constar en el Endoso correspondiente.

## CARACTERISTICAS GENERALES DE LA COMERCIALIZACION DE LOS PLANES DE SEGUROS MÉDICA DENTAL

Mercado Potencial para Pólizas de Grupo:

- a) Empleados u obreros de un mismo patrón o empresa o grupo empresarial, los grupos formados por una misma clase, en razón de su actividad o lugar de trabajo, que presten sus servicios a ese mismo patrón o empresa.
- b) Sindicatos, uniones, ó agrupaciones de trabajadores en servicio activo y sus secciones ó grupos.
- c) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, así como las unidades regulares de los mismos.
- d) Agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

En los casos mencionados en los incisos b al d, los grupos asegurables deben de integrarse con al menos el 75% de los miembros que lo conformen.

Mercado Potencial para Pólizas Colectivas:

- e) Empleados u obreros de un mismo o diverso patrón o empresa o grupo empresarial, en razón de su interés asegurable.
- f) Sindicatos, uniones, ó agrupaciones y sus secciones ó grupos.
- g) Los cuerpos del ejército, de la policía o de los bomberos, en activo o no
- h) Agrupaciones legalmente constituidas u organizadas bajo un esquema lícito y que sus miembros constituyan grupos asegurables.

Canales de distribución:

La forma de comercialización de estos productos, será a través de los sistemas tradicionales de venta, es decir, por conducto de Agentes y/o

Corredores de Seguros, a quienes identificamos como Proponentes ante la Aseguradora, siendo ellos quienes se encargarán de dar a conocer las características generales, funcionamiento y ventajas de nuestras coberturas, o bien mediante trato directo de la Compañía con los Clientes.

Características:

1. Suscripción del Seguro:

A. Se considera suscrito una póliza de este Seguro, siempre y cuando se haya contratado como cobertura alguna de las siguientes: a). Cobertura Dental Con Coaseguro, ó b). Cobertura Dental Sin Coaseguro,

Y alguna o algunas de las coberturas médicas siguientes:

a. 1.- Consulta Médica, 2.- Médico a Domicilio, 3.- Enfermera a Domicilio, 4.- Ambulancia Terrestre, 5.- Lentes, 6.- Laboratorio y Gabinete con opción a contratar: a) Cuadro Básico, ó b) Cuadro Abierto, 7.- Medicamentos con opciones: a) Cobertura de Cuadro Básico de Medicamentos, y b) Cobertura de Cuadro Abierto de Medicamentos.

b. O viceversa

B. Siempre que se contraten en una misma Póliza coberturas Médicas y Dentales se consideran Seguros de Salud Médica-Dental.

C. Este Seguro es considerado como un paquete de protección de Seguros de Gastos Médicos Menores y por tal motivo en la Suscripción de estos paquetes, podrá otorgarse un descuento máximo de hasta el 10% sobre la prima de tarifa suscrita.

Para otorgar el porcentaje de descuento mencionado, se considerará:

1.- El historial en la Aseguradora, del Conducto de venta, y 2.- La fidelidad en cuanto a renovaciones realizadas y/o compromiso de renovación del cliente de que se trate.

2. Registro de la operación:

A. En la Emisión y registro contable de una póliza de esta naturaleza, la Aseguradora diferenciará cada una de las coberturas incluidas en la póliza que al efecto se contrate.

B. El registro de la siniestralidad reportada, ocurrida, procedente y pagada se efectuará afectando directamente la cobertura amparada.



C. Invariablemente, se mantendrá un identificador único para este tipo de póliza y de sus coberturas, que permitirán diferenciarlo de las pólizas de cada línea de producto.

D. En general, en el registro de la operación de este producto se hará de tal forma que toda explotación y/o reporte y/o base de datos que se genere, siempre podrá identificarse de que se trata de información de un producto de Salud Múltiple Flexible.

### 3. De la Operación:

- a. Es facultad del Contratante de la Póliza, el determinar el tipo de plan, coberturas, así como el número y empleados que incluirá en la póliza de que se trate, situación que invariablemente se especificará en la solicitud de emisión correspondiente.
- b. Adicionalmente, el Contratante de la Póliza también determinará si el plan que contrate debe llevar o no, un Copago a cargo del Asegurado, mismo que se especificará a detalle en la Solicitud de emisión correspondiente.
- c. El objeto de cualesquiera de las coberturas incluidas en el PLAN SOLUCIÓN MÉDICA DENTAL, COLECTIVO, es el cubrir los gastos que realicen los asegurados por los servicios incluidos en las coberturas detalladas e incluidas en el plan contratado, y hasta por los límites máximos de responsabilidad especificados en las Condiciones generales, o particulares de la póliza, o bien en los endosos correspondientes.
- d. Salvo especificación detallada en la propia póliza, o en las condiciones particulares de la misma, o bien en los endosos correspondientes, las coberturas cubren preexistencia,
- e. Atendiendo a la libertad de elección que conforme a derecho tiene el asegurado y previa autorización de Grupo Integral, se facilitará la atención, o bien para obtener una segunda opinión médica con médicos fuera de la Red de Prestadores de Servicio, en cuyo caso, la responsabilidad máxima de la compañía será igual a la establecida como el límite máximo de responsabilidad que por riesgo y/o eventos se estipule en la póliza, o en las Condiciones Generales o endosos específicos de la Póliza contratada, deduciendo los copagos respectivos.

En el caso de la cobertura Dental:

1. Quedarán cubiertos los gastos de los tratamientos dentales que sean necesarios efectuar a los empleados de las Empresas y Organismos que tengan contratado este Seguro, conforme a la tabla de Coberturas que se menciona más adelante.

2. Se debe entender como Tratamiento Dental:

“Todos los procedimientos odontológicos cubiertos por el plan que sean detectados en el diagnóstico inicial.

Se tomará como un sólo tratamiento a aquel que continúe periódicamente conforme al plan de citas establecido por el dentista.

Se tomará también como parte de un tratamiento todo aquel procedimiento que aún cuando no se haya diagnosticado inicialmente, resulte en el desarrollo del mismo y se pueda verificar fehacientemente su existencia en las radiografías iniciales.”

Para la definición anterior no se tomará en cuenta la segunda profilaxis anual (limpieza).

3. Los gastos dentales quedarán cubiertos aplicando el deducible y coaseguro en los conceptos especificados en la póliza correspondiente, y de conformidad a las características particulares del plan de seguros que se contrate.

El Contratante de la Póliza, especificará si el plan debe llevar o no un deducible a cargo del Asegurado, que podrá ser especificado en porcentaje o en valor absoluto, respecto de los costos que para Grupo Integral representa el servicio de que se trate.

Además si dicho deducible es por “riesgo” o si es por una única vez al año.

- i. Se entiende un “riesgo” como un servicio a proporcionar a un asegurado en una cada ocasión que demande el servicio de alguna de las coberturas amparadas por la póliza.
- ii. Se entenderá como deducible único al año a cargo del Asegurado, como el porcentaje o monto total que pagará el asegurado en una única ocasión por año de vigencia, en la primera ocasión que requiera uno de los servicios básicos amparados por las coberturas contratadas.

Adicionalmente, el Contratante de la Póliza también determinará si el plan que contrate debe llevar o no, un Coaseguro a cargo del Asegurado por cada riesgo o evento, o si éste Coaseguro es único al año, en caso de este sea el caso, se especificará a detalle en la Solicitud de emisión correspondiente

4. La cobertura dental Cubre preexistencia de cualesquiera de los padecimientos incluidos en la Cobertura Básica.
5. Con el objeto de controlar los costos de esta cobertura, el sistema será cerrado, esto es, sólo se podrá acudir a tratamiento con los odontólogos con los cuales existe convenio y con los cuales se tienen pactados aranceles especiales, mismos que en caso de que el asegurado prefiera recibir atención con un odontólogo no incluido en la Red, se tomarán como los límites máximos a reembolsar, previa deducción de los deducibles y coaseguros que se incluyan en la póliza.

Del Cálculo de la Tarifa:

Como se mencionó en el inciso C de las características de suscripción de este producto, las tarifas que se utilizarán serán las calculadas en cada uno de los productos Médica y Dental, y a la tarifa resultante se le podrá aplicar un descuento del 10%, por práctica de seguros en paquete.

En consecuencia y únicamente por ahorro de espacio, no se vuelven a presentar toda la formulación correspondiente.

### **III.2.5. Reservas Técnicas:**

#### **III.2.5.1. MÉTODO ACTUARIAL DE VALUACIÓN Y SUFICIENCIA DE LA RESERVA DE RIESGOS EN CURSO**

### **CONTENIDO**

- 
- 1. INTRODUCCIÓN**
  - 2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**
  - 3. METODOLOGÍA**
    - a. HIPÓTESIS**
    - b. ESTADÍSTICA UTILIZADA**
    - c. DEFINICIÓN DE LA METODOLOGÍA**
  - 4. APLICACIÓN DEL MÉTODO**
    - i. ESTIMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD, PRIMAS Y FACTORES DE SUFICIENCIA**
    - ii. ESTIMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD, PRIMAS Y FACTORES DE SUFICIENCIA**
  - 5. RESERVA DE RIESGOS EN CURSO DE LA CARTERA EN VIGOR**
  - 6. CONCLUSIONES**

## 1. INTRODUCCIÓN.-

De conformidad con lo dispuesto en la Circular S-10.1.2, mediante la cual se dan a conocer a las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, las disposiciones de carácter general para el registro de métodos actuariales de valuación y suficiencia de la reserva de riesgos en curso de los seguros de daños y accidentes y enfermedades, y dado que se ha supuesto que se trata de la creación de una Aseguradora, entonces la experiencia no es estadísticamente suficiente, por lo que nuestra supuesta Institución, presentaría esta Nota técnica, bajo el amparo de la cláusula novena de dicha circular, en la que nos indica que “a falta de experiencia propia, o cuando la estadística sea insuficiente, esas instituciones o sociedades deberán hacerlo del conocimiento de esta Comisión, sometiendo a registro la nota técnica que utilizarán en forma transitoria en tanto reúnen la estadística necesaria y suficiente.”

Sin embargo, debe tratarse en lo posible, de estar dentro de lo dispuesto por la cláusula tercera de dicha circular, a efecto de que el método actuarial, aún cuando se presente como un método provisional para valuar la reserva de riesgos en curso, procure conservar el planteamiento general establecido en la circular mencionada, es decir, apegados a los principios siguientes:

- a. Valor esperado de las obligaciones futuras de la institución por concepto de pago de reclamaciones, derivadas de las pólizas en vigor a la fecha de valuación, y pendientes de realizar por el tiempo que falta por transcurrir hasta el vencimiento de cada una de las pólizas.
- b. El valor esperado de las obligaciones futuras por concepto de reclamaciones, se basa en la proyección de las pólizas en vigor de la cartera al mes de valuación, considerando para tales efectos únicamente los pagos por siniestros y el vencimiento de la vigencia de los contratos.
- c. Como parte del método de valuación, se determina la suficiencia de la prima de riesgo con base en las reclamaciones ocurridas en un determinado periodo y la prima de riesgo devengada de las pólizas emitidas en ese mismo periodo.
- d. Las tasas de interés técnico que, en su caso, se utilicen para la valuación de la reserva de riesgos en curso, deberán determinarse basándose en criterios prudenciales que permitan que las hipótesis sobre tasas de interés adoptadas para el cálculo tengan un grado razonable de confiabilidad, considerando las políticas y portafolios de inversión de la compañía, los riesgos asociados al mismo y tomando

- como referencia la tasa libre de riesgo del mercado, así como las expectativas macroeconómicas de tasas de rendimiento futuras.
- e. La reserva de riesgos en curso se determina tomando como base el importe bruto de las obligaciones futuras derivadas de las pólizas en vigor.
  - f. La casuística utilizada en esta Nota Técnica, se generó a partir de registros estadísticos de la experiencia de siete meses de operar como una Institución de Seguros. Precisamente por lo anterior, la presente Nota Técnica se ha diseñado como una **Nota Técnica Experimental**, esperando que la propia experiencia de la propia Aseguradora, permita generar los registros estadísticos necesarios y suficientes para generar los procedimientos de cálculo requeridos.

## 2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**COSTO DE SINIESTRALIDAD Y OTRAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES.**- Refleja el monto esperado de los siniestros del riesgo en cuestión y de otras obligaciones contractuales actualizados por el impacto de las variaciones en los precios relacionados a dichos siniestros y obligaciones, considerando, en su caso, el efecto de deducibles, coaseguros, salvamentos y recuperaciones, así como el margen para desviaciones y la provisión para gastos de ajuste y otros gastos relacionados con el manejo de los siniestros, si son aplicables.

**FACTOR DE SUFICIENCIA.**- Indicador en porcentaje o al por uno, mayor o igual a uno, utilizado para conocer el nivel en que la reserva de riesgos en curso calculada, a la fecha de valuación que corresponda, para hacer frente a las responsabilidades operacionales, en cuanto a reclamaciones y gastos, que la Aseguradora deberá afrontar por las responsabilidades asumidas y derivadas de los contratos que integran su cartera en vigor.

**PARTE NO DEVENGADA DE GASTOS DE ADMINISTRACIÓN.**- Se calcula como la parte no devengada correspondiente a la porción de prima de tarifa anual de cada una de las pólizas en vigor al momento de la valuación

**PRIMA EMITIDA DEL MES.**- Suma total de cada una de las primas de tarifas emitidas en el mes contable de que se trate, correspondientes a los riesgos aceptados por la Aseguradora en dicho mes.

**PRIMA EMITIDA AL MES.**- Suma total de cada una de las primas de tarifas emitidas desde el primer día del período fiscal de que se trate, hasta el último

día fiscal del mes contable de que se trate, correspondientes a los riesgos aceptados por la Aseguradora hasta dicho mes

**PRIMA DE RIESGO.-** Valor igual a la prima de tarifa, deducida de los gastos operacionales, de los costos de adquisición y de la utilidad esperada.

**PRIMA DE RIESGO EMITIDA DEL MES.-** Es igual a la prima emitida del mes deducida de los gastos operacionales, de los costos de adquisición y de la utilidad esperada, asociados a la póliza o pólizas de seguros emitidas en el mes de que se trate.

**PRIMA DE RIESGO EMITIDA AL MES.-** Es igual a la prima emitida al mes de que se trate, deducida de los gastos operacionales, de los costos de adquisición y utilidades esperadas, correspondientes a la póliza o pólizas de seguros de que se traten y emitidas en el período fiscal de que se trate.

**PRIMA DE RIESGO DEVENGADA DEL MES.-** Fracción de la prima de riesgo emitida en el mes de que se trate, correspondiente al lapso existente entre el inicio del mes versario en curso de la póliza asociada, y la fecha de valuación de la reserva del mes de cálculo, es decir, es la prima de riesgo correspondiente al periodo de cobertura ya transcurrido dentro del mes contable de que se trate.

**PRIMA DE RIESGO DENGADA AL MES.-** Fracción de la prima de riesgo emitida desde el primer día de vigencia de la póliza, hasta el último día del mes contable de que se trate, y correspondiente al lapso existente entre el inicio del mes versario de la póliza asociada y la fecha de valuación de la reserva.

**PRIMA DE TARIFA.-** Monto necesario para cubrir un riesgo, comprendiendo los costos esperados de siniestralidad y otras obligaciones contractuales, así como los de adquisición, de administración, y el margen de utilidad previsto.

**RESERVA DE RIESGOS EN CURSO.-** Es la cantidad suficiente para cubrir el valor esperado de los costos futuros de siniestralidad, y otras obligaciones contractuales considerando adicionalmente los costos de administración, tomando en cuenta su distribución en el tiempo, su crecimiento real y por inflación. Se obtendrá de sumar la prima de riesgo no devengada de las pólizas en vigor, más el ajuste por insuficiencia de la reserva y la parte no devengada de los gastos de administración.

**SEVERIDAD.-** Monto absoluto o valor relativo esperado de los siniestros a cargo de la aseguradora.

**SINIESTRO OCURRIDO.-** Ocurrencia de un evento fortuito, por el cual la aseguradora se obliga a indemnizar al asegurado o a sus beneficiarios.

**SUFICIENCIA DE LA PRIMA DE RIESGO.-** Se basa en las reclamaciones ocurridas en un determinado periodo y la prima de riesgo devengada de las pólizas emitidas en ese mismo periodo.

**TASA TÉCNICA O DE DESCUENTO PARA LA VALUACIÓN ACTUARIAL DE LA RESERVA DE RIESGOS EN CURSO.-** Es la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo y es a la que se descuentan los flujos.

### 3. METODOLOGÍA

#### a. HIPÓTESIS DE CÁLCULO:

Para el desarrollo de la presente nota técnica, se consideró:

- i. El desarrollo de la emisión diaria, resumida en forma mensual, de pólizas,
- ii. La evolución de la siniestralidad ocurrida reportada valuada y la siniestralidad ocurrida reportada y no valuada, que cada una de las pólizas de la cartera ha observado desde su inicio de vigencia hasta el mes de vigor correspondiente.
- iii. El Cálculo de la reserva de riesgos en curso, con base en la metodología de devengamiento por vigencia, pero considerando la prima de riesgo.
- iv. Con el fin de contar con una tasa de interés que nos permita calcular a precios constantes, la siniestralidad neta ocurrida y usada, se recomienda utilizar tasas diferenciadas año por año, sin embargo, para efectos del desarrollo del presente trabajo, se utilizará una tasa de interés técnica del  $i$  % anual efectiva



## b. ESTADÍSTICA UTILIZADA:

En el desarrollo de la estimación aquí planteada, se utilizó:

1. La estadística de primas emitidas de cada mes y devengamiento de las mismas, calculadas éstas en la forma tradicional, con base en la vigencia.
2. La estadística de primas emitidas acumuladas al mes de que se trate, y devengamiento de la misma, calculado éste en la forma tradicional con base en la vigencia.
3. La estadística de primas de riesgo correspondiente a las primas emitidas en cada mes de operaciones y el devengamiento de la misma, calculado este devengamiento en la forma tradicional con base en la vigencia.
4. La siniestralidad observada y registrada en la Institución, a precios históricos, correlacionada a cada una de las pólizas suscritas, registrándose dicha estadística en dos sentidos, respecto de la fecha de emisión y respecto de la fecha en que ocurrió el siniestro.
5. Por último, se utiliza la estadística del producto financiero realmente obtenido en la inversión de la reserva, durante el lapso de operación de la Institución, y las expectativas del Banco de México en relación a los instrumentos de inversión en que operamos.

## c. MÉTODOLÓGIA DE CÁLCULO

Inicialmente debe obtenerse la estadística de primas emitidas de cada mes, así como su devengamiento, calculado éste en la forma tradicional con base en la vigencia, lo cual lleva necesariamente a la matriz siguiente:

ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y PRIMAS DE RIESGO NO DEVENGADAS											
PRIMAS DE EMISIÓN Y PRIMAS EMITIDAS			PRIMAS DE DEVENGAMIENTO DE LA PRIMA EMITIDA EN LOS MESES Y CANTIDADES SUJETAS A DEVENGAMIENTO CON BASE EN EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA								
PERÍODO DE EMISIÓN	PRIMA DE EMISIÓN EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA PÓLIZA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	.....	(n-1)	n	(n+1)	.....	TOTAL
1. MES/AÑO	P1	P1r	D1m1	D1m2	D1m3	.....	D1m(n-1)	D1mn	.....	.....	D1m Σ D1m
2. MES/AÑO	P2	P2r	D2m1	D2m2	D2m3	.....	D2m(n-1)	D2mn	.....	.....	D2m Σ D2m
3. MES/AÑO	P3	P3r	D3m1	D3m2	D3m3	.....	D3m(n-1)	D3mn	.....	.....	D3m Σ D3m
4. MES/AÑO	P4	P4r	D4m1	D4m2	D4m3	.....	D4m(n-1)	D4mn	.....	.....	D4m Σ D4m
TOTALES	Σ Pn	Σ Pnr	Σ Dnm1	Σ Dnm2	Σ Dnm3	.....	Σ Dnm(n-1)	Σ Dnmn	.....	.....	Σ Dnm Σ Dnm

Donde:

$P_k$  = Prima de tarifa emitida en el mes k.

$\Pi_{\text{Ind}_k}$  = Prima de riesgo no devengada, del mes k, al final del mes j.

y,

$\Pi_{\text{Ind}_k} = P_k * (1 - G_o - G_a - U) * (F_v - F_i) / (F_f - F_i)$ ,

Dónde:

$G_o$  = Gastos de operación, supuestos en la Nota técnica del producto

$G_a$  = Gastos de adquisición realmente pagado a la fuerza de ventas

$U$  = Utilidad esperada y supuesta en la Nota técnica del producto

$F_v$  = Fecha del mes contable al que se esta elaborando la valuación

$F_i$  = Fecha de inicio de vigencia de la póliza cuya prima emitida en el mes se ha incluido en el período específico

$F_f$  = Fecha de fin de vigencia de la póliza cuya prima emitida en el mes se ha incluido en el período específico

En la matriz anterior y en todas las matrices que en este apartado se traten, los valores 1, 2, 3, ....n de las columnas se referencian a la fecha correspondiente al primer período de origen de la celda correspondiente.

Es importante mencionar que, independientemente de la fecha que se trate, la matriz presentada siempre debe contemplar una valuación anual de años completos, y muy particularmente para las Aseguradoras Especializadas en Salud, y en general para seguros de corto plazo, esta matriz cuando menos deberá contener información de dos años consecutivos, ya que en dicho lapso todo seguro de corto plazo necesariamente expira.

En consecuencia con lo anterior, la matriz presentada, es en sus inicios, una matriz incompleta, es decir, a partir del mes k, mes contable en curso, en el rubro "período de origen" los valores de dicha celda y de las celdas subsiguientes serán iguales a cero, ya que hasta dicho mes se tendrán valores reales, valores que reflejan lo ocurrido en el área de emisión de la Aseguradora, por lo que en este sentido se ratifica lo dicho respecto de que todos los valores a partir de dicho mes son cero.

Por otro lado, a partir de  $x$  fecha, digamos el período  $j$ , la prima de riesgo no devengada será igual a cero, ya que en el período bajo análisis (dos años consecutivos), la póliza habrá llegado a devengarse totalmente.

Sin embargo, como se ha dicho que la matriz debe contemplar años completos, para los meses siguientes la emisión debe ser estimada, cuando menos hasta el mes versario de la emisión original.

En consecuencia, para los meses faltantes deben estimarse las primas emitidas, dicha estimación debe considerar:

1. Las expectativas que la aseguradora tenga respecto de la evolución de la cartera,
2. Las expectativas respecto de nuevos negocios, reflejadas en el presupuesto de ventas,

Respecto del primer punto, las variables a considerar deben ser las expectativas de:

- a. La cancelación de pólizas, fueren por causa de caducidades (cancelación a petición del cliente, por no pago de la prima dentro del período legal de espera), o por causa de expiración natural de la póliza, por haber llegado a su fin de vigencia dentro del período mensual de que se trate.
- b. La rehabilitación de pólizas.

Con cada uno de los requerimientos indicados en estos incisos a y b, se deben aplicar metodologías de cálculo actuarial que permitan obtener los mejores estimadores, de acuerdo con la situación posicional de la empresa en el sector de seguros. A manera de simplificación de procedimientos, en el presente esquema se plantea como supuesto la aplicación de tasas de evolución, cuyo efecto neto, suma y resta de las mismas, se concentran en la tasa  $i_a$ , aplicable directamente a la prima emitida en el mes de que se trate, de tal suerte que para cada mes se obtendrá la prima neta de emisión  $P_{NE}$ .

Respecto del segundo de los dos puntos planteados, la captación de los nuevos negocios debe estar contemplado y diferenciado en el presupuesto de ventas de la Aseguradora, de tal suerte que ello no implica la aplicación de metodología de cálculo alguna, ya que se tomarían los datos tal y cual los estimó el área comercial correspondiente. A esta prima la llamaremos "Prima de presupuesto",  $P_p$ .

Entonces, en cada una de las celdas de la matriz de las estadísticas de prima emitida y de prima de riesgo no devengada, se tendría lo siguiente:

$$\Pi_i = \begin{cases} 0, & \text{si se trata de una celda cuyo periodo de origen incluye sólo pólizas que ya se han cancelado por cualquier causa.} \\ P_k * (1 - id) = PNE, & \text{para celdas cuyo período de origen incluye pólizas realmente emitidas en el mes y pólizas que se hayan cancelado o rehabilitado en el período que se trate.} \\ P_p * (1 - id), & \text{para celdas cuyo período de origen incluye primas de presupuesto y pólizas que se estime se cancelen o rehabiliten el período que se trate.} \end{cases}$$

Una vez estimados los elementos de la matriz indicada, ésta tendrá la forma siguiente:

ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y PRIMAS DE RIESGO NO DEVENGADAS												
PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA			PRIMA NO DEVENGADA DE LA PRIMA EMITIDA EN EL MES (CALCULADO SIN DEVENGAMIENTO CON BASE A PERIODO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA)									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	...	(n-1)	n	TOTAL
1 OCT_2000	P <sub>1</sub>	Π <sub>1</sub>	Πnd <sub>11</sub>	Πnd <sub>12</sub>	Πnd <sub>13</sub>	...	Πnd <sub>1,j-1</sub>	Πnd <sub>1j</sub>	...	Πnd <sub>1,n-1</sub>	Πnd <sub>1n</sub>	Π <sub>1</sub> = ΣΠnd <sub>1i</sub>
2 NOV_2000	P <sub>2</sub>	Π <sub>2</sub>	Πnd <sub>21</sub>	Πnd <sub>22</sub>	Πnd <sub>23</sub>	...	Πnd <sub>2,j-1</sub>	Πnd <sub>2j</sub>	Πnd <sub>2j+1</sub>	...	Πnd <sub>2n</sub>	Π <sub>2</sub> = ΣΠnd <sub>2i</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k AAAA_YYYY	P <sub>k</sub>	Π <sub>k</sub>	Πnd <sub>k1</sub>	Πnd <sub>k2</sub>	Πnd <sub>k3</sub>	...	Πnd <sub>k,j-1</sub>	Πnd <sub>kj</sub>	Πnd <sub>kj+1</sub>	...	Πnd <sub>kn</sub>	Π <sub>k</sub> = ΣΠnd <sub>ki</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n AAAA_YYYY	P <sub>n</sub>	Π <sub>n</sub>	Πnd <sub>n1</sub>	Πnd <sub>n2</sub>	Πnd <sub>n3</sub>	...	Πnd <sub>n,j-1</sub>	Πnd <sub>nj</sub>	Πnd <sub>nj+1</sub>	...	Πnd <sub>nn</sub>	Π <sub>n</sub> = ΣΠnd <sub>ni</sub>
TOTAL	ΣP <sub>i</sub>	ΣΠ <sub>i</sub>	ΣΠnd <sub>i1</sub>	ΣΠnd <sub>i2</sub>	ΣΠnd <sub>i3</sub>	...	ΣΠnd <sub>i,j-1</sub>	ΣΠnd <sub>ij</sub>	ΣΠnd <sub>i,j+1</sub>	...	ΣΠnd <sub>in</sub>	ΣΠ <sub>i</sub> = ΣΠnd <sub>ii</sub>

Por otro lado, dado que la responsabilidad de la Aseguradora inicia a partir del momento en que tiene conocimiento de la ocurrencia de los siniestros y de su reporte a ella, dichos siniestros deben disponerse en una matriz de

siniestros ocurridos y reportados, en la misma estructura en que se adecuó la matriz de prima de riesgo no devengado.

Es importante mencionar que esta matriz a su vez debe ser la suma de la matriz de siniestros ocurridos reportados y valuados, llámese Matriz de ocurridos, reportados y valuados, y de la matriz de siniestros ocurridos reportados y no valuados, a la cual se llamará Matriz de ocurridos, reportados y no valuados.

El monto de los siniestros incluidos en la Matriz de ocurridos, reportados y valuados, corresponden a lo registrado en la cuenta de Obligaciones Pendientes de Cumplir, para siniestros valuados.

El monto de cada uno de los siniestros incluidos en la matriz de ocurridos, reportados y no valuados, debieron de haber estimado de conformidad con la nota técnica actuarial correspondiente, y una vez hecho esto se totalizan y distribuyen en la matriz, ubicándolos en el renglón en el cual esta totalizada la prima de tarifa emitida y en la columna que corresponda al lapso mensual en que se registró contablemente dicho siniestro, a quedar en la forma siguiente:

**ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y DE SINIESTROS OCURRIDOS, DISTRIBUIDOS ÉSTOS, SEGÚN LA FECHA DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE Y DE ACUERDO A LA FECHA DE SU REGISTRO CONTABLE**

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA		SINIESTROS CORREGIDOS ADMINISTRATIVAMENTE, DE LA PRIMA EMITIDA EN EL MES I Y CORREGIDO EN EL MES J									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL
i	OCT_2003	P <sub>i</sub>	So <sub>11</sub>	So <sub>12</sub>	So <sub>13</sub>	...	So <sub>1j</sub>	So <sub>1j+1</sub>	...		∑ So <sub>1k</sub>
j	NOV_2003	P <sub>j</sub>	So <sub>21</sub>	So <sub>22</sub>	So <sub>23</sub>	...	So <sub>2j</sub>	So <sub>2j+1</sub>	...		∑ So <sub>2k</sub>
k	MMR_YYYY	P <sub>k</sub>	So <sub>k1</sub>	So <sub>k2</sub>	So <sub>k3</sub>	...	So <sub>kj</sub>	So <sub>kj+1</sub>	...		∑ So <sub>k1</sub>
m	MMR_YYYY	P <sub>m</sub>	So <sub>m1</sub>	So <sub>m2</sub>	So <sub>m3</sub>	...	So <sub>mj</sub>	So <sub>mj+1</sub>	...		∑ So <sub>m1</sub>
<b>TOTALES :</b>		∑ P <sub>i</sub>	∑ So <sub>11</sub>	∑ So <sub>12</sub>	∑ So <sub>13</sub>	...	∑ So <sub>1j</sub>	∑ So <sub>1j+1</sub>	...		∑ So <sub>1k</sub>

Donde:

$So_{kj}$  = monto de Siniestros ocurridos y valuados, registrados en la fecha j, correspondientes a la prima emitida en la fecha k.

Al igual que con las primas, debemos estimar la siniestralidad que podría ocurrir de la fecha en que se está realizando la valuación, a la fecha en que cada póliza expirará, para realizar esto, debe tomarse en consideración la información vertida en el presupuesto de operaciones.

De tal suerte que la matriz de siniestros ocurridos y valuados, una vez que se han hecho las estimaciones del comportamiento de los siniestros por el

periodo por devengar de cada una de las pólizas en Vigor se agruparían en una matriz como la siguiente:

ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y DE SINIESTROS OCURRIDOS, DISTRIBUIDOS ÉSTOS, SEGÚN LA FECHA DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA CORRESPONDIENTE Y DE ACUERDO A LA FECHA DE SU REGISTRO CONTABLE												
PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA			SINIESTROS CORREGIDOS ADMINISTRATIVAMENTE, DE LA PRIMA EMITIDA EN EL MES I Y CORREGIDO EN EL MES J									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES		1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL
1	OCT_2000	P <sub>1</sub>	So <sub>11</sub>	So <sub>12</sub>	So <sub>13</sub>	...	So <sub>1,j-1}</sub>	So <sub>1j</sub>	So <sub>1,j+1}</sub>	...	So <sub>1n</sub>	∑So <sub>1j</sub>
2	NOV_2000	P <sub>2</sub>	So <sub>21</sub>	So <sub>22</sub>	So <sub>23</sub>	...	So <sub>2,j-1}</sub>	So <sub>2j</sub>	So <sub>2,j+1}</sub>	...	So <sub>2n</sub>	∑So <sub>2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k	MM/A_YYYY	P <sub>k</sub>	So <sub>k1</sub>	So <sub>k2</sub>	So <sub>k3</sub>	...	So <sub>k,j-1}</sub>	So <sub>kj</sub>	So <sub>k,j+1}</sub>	...	So <sub>kn</sub>	∑So <sub>kj</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	MM/A_YYYY	P <sub>n</sub>	So <sub>n1</sub>	So <sub>n2</sub>	So <sub>n3</sub>	...	So <sub>n,j-1}</sub>	So <sub>nj</sub>	So <sub>n,j+1}</sub>	...	So <sub>nn</sub>	∑So <sub>nj</sub>
TOTALES:			∑So <sub>1j</sub>	∑So <sub>2j</sub>	∑So <sub>3j</sub>	...	∑So <sub>j-1j}</sub>	∑So <sub>j</sub>	∑So <sub>j+1j}</sub>	...	∑So <sub>nj}</sub>	∑So <sub>1j}</sub>

Con cada elemento  $So_{in}$ , definido como antes, en su valor real o en su estimación.

Debe calcularse la matriz de siniestros ocurridos, reportados y no valuados, calculados de conformidad con su nota técnica correspondiente, y cuyo esquema final debe ser una matriz como la siguiente:

ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS, PRIMAS DE RIESGO Y SINIESTROS REPORTADOS PARA LOS QUE A LA FECHA DE VALUACIÓN NO EXISTE VALUACIÓN ALGUNA												
PERIODO DE ORIGEN Y PRIMAS EMITIDA Y DE RIESGO			SINIESTROS OCURRIDOS REPORTADOS NO VALUADOS EN EL MES J, RESPECTO DE LA PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES I									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL
1	OCT_2000	P <sub>1</sub>	Pr <sub>11</sub>	Pr <sub>12</sub>	Pr <sub>13</sub>	...	Pr <sub>1,j-1}</sub>	Pr <sub>1j</sub>	Pr <sub>1,j+1}</sub>	...	Pr <sub>1n</sub>	∑Pr <sub>1j</sub>
2	NOV_2000	P <sub>2</sub>	Pr <sub>21</sub>	Pr <sub>22</sub>	Pr <sub>23</sub>	...	Pr <sub>2,j-1}</sub>	Pr <sub>2j</sub>	Pr <sub>2,j+1}</sub>	...	Pr <sub>2n</sub>	∑Pr <sub>2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k	MM/A_YYYY	P <sub>k</sub>	Pr <sub>k1</sub>	Pr <sub>k2</sub>	Pr <sub>k3</sub>	...	Pr <sub>k,j-1}</sub>	Pr <sub>kj</sub>	Pr <sub>k,j+1}</sub>	...	Pr <sub>kn</sub>	∑Pr <sub>kj</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	MM/A_YYYY	P <sub>n</sub>	Pr <sub>n1</sub>	Pr <sub>n2</sub>	Pr <sub>n3</sub>	...	Pr <sub>n,j-1}</sub>	Pr <sub>nj</sub>	Pr <sub>n,j+1}</sub>	...	Pr <sub>nn</sub>	∑Pr <sub>nj</sub>
TOTALES:			∑Pr <sub>1j}</sub>	∑Pr <sub>2j}</sub>	∑Pr <sub>3j}</sub>	...	∑Pr <sub>j-1j}</sub>	∑Pr <sub>j}</sub>	∑Pr <sub>j+1j}</sub>	...	∑Pr <sub>nj}</sub>	∑Pr <sub>1j}</sub>

Con cada elemento  $Snr_{in}$ , definido como el monto estimado de los siniestros ocurridos y reportados a la Aseguradora, y para los cuales no existe valuación a la fecha de valuación j, correspondiente a pólizas emitidas en el mes i.

Ahora determinamos la Siniestralidad pagada, y también correspondiente a la fecha de pago j, de la prima emitida en el fecha k, diferenciada en la misma forma que se ha mencionado anteriormente, en el sentido de valores reales y valores estimados, y una vez que se ha establecido dicha siniestralidad, queda el cuadro siguiente:

**ESTADÍSTICA DE PRIMAS EMITIDAS Y SINIESTROS PAGADOS. DISTRIBUIDOS DE ACUERDO A LA FECHA DE LA PRIMA EMITIDA Y A LA FECHA EN QUE SE REGISTRÓ SU PAGO**

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA		SINIESTROS DISTRIBUIDOS SEGÚN LA FECHA DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA Y LA FECHA DE OCURRENCIA DEL MISMO										
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA EMITIDA DEL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL	
1	OCT_2000	P <sub>1</sub>	SinP <sub>11</sub>	SinP <sub>12</sub>	SinP <sub>13</sub>	...	SinP <sub>1(j-1)}</sub>	SinP <sub>1j</sub>	SinP <sub>1(j+1)}</sub>	...	SinP <sub>1n</sub>	ΣSinP <sub>1j</sub>
2	NOV_2000	P <sub>2</sub>	SinP <sub>21</sub>	SinP <sub>22</sub>	SinP <sub>23</sub>	...	SinP <sub>2(j-1)}</sub>	SinP <sub>2j</sub>	SinP <sub>2(j+1)}</sub>	...	SinP <sub>2n</sub>	ΣSinP <sub>2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k	MM/AA_YYYY	P <sub>k</sub>	SinP <sub>k1</sub>	SinP <sub>k2</sub>	SinP <sub>k3</sub>	...	SinP <sub>k(j-1)}</sub>	SinP <sub>kj</sub>	SinP <sub>k(j+1)}</sub>	...	SinP <sub>kn</sub>	ΣSinP <sub>kj</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	MM/AA_YYYY	P <sub>n</sub>	SinP <sub>n1</sub>	SinP <sub>n2</sub>	SinP <sub>n3</sub>	...	SinP <sub>n(j-1)}</sub>	SinP <sub>nj</sub>	SinP <sub>n(j+1)}</sub>	...	SinP <sub>nn</sub>	ΣSinP <sub>nj</sub>
<b>TOTAL</b>		ΣP <sub>j</sub>	ΣSinP <sub>1j</sub>	ΣSinP <sub>2j</sub>	ΣSinP <sub>3j</sub>	...	ΣSinP <sub>(j-1)j</sub>	ΣSinP <sub>jj</sub>	ΣSinP <sub>(j+1)j</sub>	...	ΣSinP <sub>nj</sub>	ΣSinP <sub>1j</sub>

Donde:

SinP<sub>kj</sub> = Monto de siniestros pagado, real o estimado, correspondiente a la fecha de pago j, de la prima emitida en el fecha k,

Adicionalmente, deben totalizarse todos los siniestros que administrativamente se tuvieron que registrar contablemente, por causas distintas a constitución legal, o pago, es decir, correcciones administrativas, cancelaciones por no procedencia etcétera, y dado que dichos movimientos se registran en la contabilidad, deben tomarse en cuenta en el proceso de la suficiencia de la reserva, disponiéndolos en una matriz de la misma naturaleza de las que hasta este momento hemos creado entonces, la matriz debe ser de la forma siguiente:

**ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y SINIESTROS REGISTRADOS POR CORRECCIONES DE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS**

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA		SINIESTROS CORREGIDOS ADMINISTRATIVAMENTE, DE LA PRIMA EMITIDA EN EL MES I Y CORREGIDO EN EL MES J									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL
1	OCT_2000	P <sub>1</sub>	Sad <sub>11</sub>	Sad <sub>12</sub>	Sad <sub>13</sub>	...	Sad <sub>1(j-1)}</sub>	Sad <sub>1j</sub>	...	Sad <sub>1n</sub>	ΣSad <sub>1j</sub>
2	NOV_2000	P <sub>2</sub>	Sad <sub>21</sub>	Sad <sub>22</sub>	Sad <sub>23</sub>	.....	Sad <sub>2(j-1)}</sub>	Sad <sub>2j</sub>	...	Sad <sub>2n</sub>	ΣSad <sub>2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3	MM/AA_YYYY	P <sub>3</sub>	Sad <sub>31</sub>	Sad <sub>32</sub>	Sad <sub>33</sub>	...	Sad <sub>3(j-1)}</sub>	Sad <sub>3j</sub>	...	Sad <sub>3n</sub>	ΣSad <sub>3j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	MM/AA_YYYY	P <sub>n</sub>	Sad <sub>n1</sub>	Sad <sub>n2</sub>	Sad <sub>n3</sub>	...	Sad <sub>n(j-1)}</sub>	Sad <sub>nj</sub>	...	Sad <sub>nn</sub>	ΣSad <sub>nj</sub>
<b>TOTALES</b>		ΣP <sub>j</sub>	ΣSad <sub>1j</sub>	ΣSad <sub>2j</sub>	ΣSad <sub>3j</sub>	...	ΣSad <sub>(j-1)j</sub>	ΣSad <sub>jj</sub>	...	ΣSad <sub>nj</sub>	ΣSad <sub>1j</sub>

Donde:

$Sad_{kj}$  =Monto de siniestros con movimiento administrativo, registrado contablemente en el mes  $j$ , correspondiente a la fecha de la prima emitida  $k$

Es sumamente conveniente hacer una estimación de cada uno de los meses subsecuentes al mes en que se este haciendo la valuación, llámese a esta estimación  $SadEsk_i$ , para cada una de las celdas que correspondan a futuras correcciones administrativas, una vez hecho esto, la matriz completa, debe tener la forma siguiente:

ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS Y SINIESTROS REGISTRADOS POR CORRECCIONES DE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS												
PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA		SINIESTROS CORREGIDOS ADMINISTRATIVAMENTE, DE LA PRIMA EMITIDA EN EL MES $i$ Y CORREGIDO EN EL MES $j$										
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	.....	( $j-1$ )	$j$	( $j+1$ )	.....	$n$	TOTAL	
1	OCT_2003	$P_1$	$Sad_{11}$	$Sad_{12}$	$Sad_{13}$	.....	$Sad_{1,j-1}$	$Sad_{1j}$	$SadEs1(j+1)$	.....	$SadEs1n$	$\sum_{1n}$
2	NOV_2003	$P_2$	$Sad_{21}$	$Sad_{22}$	$Sad_{23}$	.....	$Sad_{2,j-1}$	$Sad_{2j}$	$SadEs2(j+1)$	.....	$SadEs2n$	$\sum_{2n}$
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
$k$	MAIA_YYYY	$P_k$	$Sad_{k1}$	$Sad_{k2}$	$Sad_{k3}$	.....	$SadEsk(j-1)$	$SadEskj$	$SadEsk(j+1)$	.....	$SadEskn$	$\sum_{kj}$
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
$n$	MAIA_YYYY	$P_n$	$Sad_{n1}$	$SadEsm2$	$SadEsm3$	.....	$SadEsm(j-1)$	$SadEsmj$	$SadEsm(j+1)$	.....	$SadEsmn$	$\sum_{1,n}$
<b>TOTALES</b>		$\sum_{1n}$	$\sum_{2n}$	$\sum_{3n}$	$\sum_{4n}$	.....	$\sum_{6,n}$	$\sum_{7n}$	$\sum_{8n}$	$\sum_{9n}$	$\sum_{10n}$	$\sum_{11n}$

Ahora, como la responsabilidad pendiente de cumplir, de la Institución se define como el monto de siniestros ocurridos y no pagados, se define como este concepto a los Siniestros netos, y su distribución respecto de la fecha de la valuación de las reservas, y relativa a la fecha de la prima emitida es la siguiente:



ESTADÍSTICA DE PRIMAS DE TARIFA EMITIDAS, PRIMAS DE RIESGO Y SINIESTROS NETOS

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMAS EMITIDA Y DE RIESGO			SINIESTROS NETOS EN EL MES j, RESPECTO DE LA PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES i										
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL	
1	OCT. 2000	P <sub>1</sub>	Π <sub>1</sub>	S <sub>n11</sub>	S <sub>n12</sub>	S <sub>n13</sub>	...	S <sub>n1(j-1)</sub>	S <sub>n1j</sub>	S <sub>n1(j+1)</sub>	...	S <sub>n1n</sub>	∑ S <sub>n1j</sub>
2	NOV. 2000	P <sub>2</sub>	Π <sub>2</sub>	S <sub>n21</sub>	S <sub>n22</sub>	S <sub>n23</sub>	...	S <sub>n2(j-1)</sub>	S <sub>n2j</sub>	S <sub>n2(j+1)</sub>	...	S <sub>n2n</sub>	∑ S <sub>n2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k	AAAA.YYYY	P <sub>k</sub>	Π <sub>k</sub>	S <sub>nk1</sub>	S <sub>nk2</sub>	S <sub>nk3</sub>	...	S <sub>nk(j-1)</sub>	S <sub>nkj</sub>	S <sub>nk(j+1)</sub>	...	S <sub>nk n</sub>	∑ S <sub>nkj</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	AAAA.YYYY	P <sub>n</sub>	Π <sub>n</sub>	S <sub>nn1</sub>	S <sub>nn2</sub>	S <sub>nn3</sub>	...	S <sub>nn(j-1)</sub>	S <sub>nnj</sub>	S <sub>nn(j+1)</sub>	...	S <sub>nn n</sub>	∑ S <sub>nnj</sub>
TOTALES	∑ P <sub>i</sub>	∑ Π <sub>i</sub>	∑ S <sub>ni1</sub>	∑ S <sub>ni2</sub>	∑ S <sub>ni3</sub>	...	∑ S <sub>ni(j-1)</sub>	∑ S <sub>ni j</sub>	∑ S <sub>ni(j+1)</sub>	...	∑ S <sub>ni n</sub>	∑ S <sub>ni j</sub>	

Donde:

$S_{nij}$  := Siniestro neto del mes j, correspondiente a la prima emitida en el mes i.

$$S_{nij} = S_{0ij} + S_{nrin} - S_{inP_{ij}} \pm S_{adj}$$

A continuación, se calcula el valor presente de esta matriz, a efecto de obtener cifras comparables entre si, que nos permita obtener factores de suficiencia no afectados por inflación.

De conformidad con la hipótesis inicial se utilizará una tasa de interés del  $i\%$  única, para todo el lapso bajo análisis, para calcular los valores presentes de cada elemento de esta última matriz, obteniendo en consecuencia la matriz siguiente:

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMAS EMITIDA Y DE RIESGO			SINIESTROS NETOS A PRECIOS CONSTANTES, EN EL MES j, RESPECTO DE LA PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES i										
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE TARIFA EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA TARIFA EMITIDA EN EL MES	1	2	3	...	(j-1)	j	(j+1)	...	n	TOTAL	
1	OCT. 2000	P <sub>1</sub>	Π <sub>1</sub>	S <sub>np11</sub>	S <sub>np12</sub>	S <sub>np13</sub>	...	S <sub>np1(j-1)</sub>	S <sub>np1j</sub>	S <sub>np1(j+1)</sub>	...	S <sub>np1n</sub>	(1+i) <sup>-1</sup> ∑ S <sub>np1j</sub>
2	NOV. 2000	P <sub>2</sub>	Π <sub>2</sub>	S <sub>np21</sub>	S <sub>np22</sub>	S <sub>np23</sub>	...	S <sub>np2(j-1)</sub>	S <sub>np2j</sub>	S <sub>np2(j+1)</sub>	...	S <sub>np2n</sub>	(1+i) <sup>-2</sup> ∑ S <sub>np2j</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
k	AAAA.YYYY	P <sub>k</sub>	Π <sub>k</sub>	S <sub>npk1</sub>	S <sub>npk2</sub>	S <sub>npk3</sub>	...	S <sub>npk(j-1)</sub>	S <sub>npkj</sub>	S <sub>npk(j+1)</sub>	...	S <sub>npkn</sub>	(1+i) <sup>-k</sup> ∑ S <sub>npkj</sub>
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
n	AAAA.YYYY	P <sub>n</sub>	Π <sub>n</sub>	S <sub>npn1</sub>	S <sub>npn2</sub>	S <sub>npn3</sub>	...	S <sub>npn(j-1)</sub>	S <sub>npnj</sub>	S <sub>npn(j+1)</sub>	...	S <sub>npnn</sub>	(1+i) <sup>-n</sup> ∑ S <sub>npnj</sub>
TOTALES	∑ P <sub>i</sub>	∑ Π <sub>i</sub>	(1+i) <sup>-1</sup> ∑ S <sub>np1j</sub>	(1+i) <sup>-2</sup> ∑ S <sub>np2j</sub>	(1+i) <sup>-3</sup> ∑ S <sub>np3j</sub>	...	(1+i) <sup>-(j-1)}</sup> ∑ S <sub>npj-1j</sub>	(1+i) <sup>-j</sup> ∑ S <sub>npj</sub>	(1+i) <sup>-(j+1)}</sup> ∑ S <sub>npj+1j</sub>	...	(1+i) <sup>-n</sup> ∑ S <sub>npnj</sub>	(1+i) <sup>-i</sup> ∑ S <sub>npj</sub>	

Valor Máximo entre (1) y (2) = S<sub>npj</sub>

Donde:

$Snp_{ij}$  := Siniestro neto a precio constante del mes  $j$ , correspondiente a la prima emitida en el mes  $i$ .

$$Snp_{ij} = S_{nj} * V_i^{(j-1)}, \text{ con } V = \frac{1}{1+i}$$

Una vez que se obtuvieron las matrices mencionadas, se procede a calcular la matriz de factores de suficiencia y se concentran en la matriz de factores de suficiencia siguiente:

PERIODO DE ORIGEN Y PRIMA EMITIDA				FACTORES DE SUFICIENCIA CALCULADOS AL MES DE VALUACIÓN, DE LAS PRIMAS EMITIDAS EN EL MES I									
PERIODO DE ORIGEN	PRIMA DE RIESGO EMITIDA EN EL MES	PRIMA DE RIESGO DE LA CUARTA EMISIÓN EN EL MES		1	2	3	...	(i-1)	i	(i+1)	...	n	PROBESOR
1	OCT_2003	A	B	$F_{11}$	$F_{12}$	$F_{13}$		$F_{1,i-1}$	$F_{1i}$	$F_{1,i+1}$		$F_{1n}$	$F_{1n} = 100 - \sum_{j=1}^n W_j$
2	NOV_2003	A	B	$F_{21}$	$F_{22}$	$F_{23}$		$F_{2,i-1}$	$F_{2i}$	$F_{2,i+1}$		$F_{2n}$	$F_{2n} = 100 - \sum_{j=1}^n W_j$
...	...	...	...	...	...	...		...	...	...		...	...
i	MMAA_YYYY	A	B	$F_{i1}$	$F_{i2}$	$F_{i3}$		$F_{i,i-1}$	$F_{ii}$	$F_{i,i+1}$		$F_{in}$	$F_{in} = 100 - \sum_{j=1}^n W_j$
...	...	...	...	...	...	...		...	...	...		...	...
m	MMAA_YYYY	A	B	$F_{m1}$	$F_{m2}$	$F_{m3}$		$F_{m,i-1}$	$F_{mi}$	$F_{m,i+1}$		$F_{mn}$	$F_{mn} = 100 - \sum_{j=1}^n W_j$
PROBESOR:	$S_1$	$S_2$		$F_{11} \times 100 \times 27000$	$F_{12} \times 100 \times 27000$	$F_{13} \times 100 \times 27000$		$F_{1,i-1} \times 100 \times 27000$	$F_{1i} \times 100 \times 27000$	$F_{1,i+1} \times 100 \times 27000$		$F_{1n} \times 100 \times 27000$	$F_{1n} \times 100 \times 27000$
													Valor Máximo entre (1) y (2)
													$\beta_{ij}$

Donde:

$$F_{sij} = S_{nij} / Pnd_{ij}$$

$Y$ ,  $\beta_s$  es el factor de suficiencia máximo promedio indicado.

El resultado de cada uno de estos cocientes es tricotómico, lo mismo que el promedio, a saber en cuanto a significado de valor que se obtiene en cada indicador, entonces se cumple que:

$$F_{sij} = \beta_{skj} = \begin{cases} a) < 1, \text{ lo que indica que la Prima de riesgo es suficiente,} \\ b) = 1, \text{ indica que la prima de riesgo esta en el límite de la suficiencia} \\ c) > 1, \text{ indica que la Prima de riesgo es insuficiente} \end{cases}$$

Con base en lo anterior, se establece que si ocurre a) o b), la reserva de riesgos en curso calculada a la fecha, es suficiente, y no requiere factor alguno, si ocurre c), el factor,  $F_{suf}$ , que se debe utilizar es igual a:

$$F_{suf} = \sigma_{sk} - 1, \text{ si } \sigma_{sk} > 1, \text{ y cero en otro caso.}$$

Por lo tanto, la reserva suficiente requerida por la legislación en materia de seguros, esta dada por:

$$RvaSuf = RvaActual * (1 + F_{suf})$$

Donde:

RvaSuf := Monto de la Reserva de riesgos en curso Suficiente

RvaActual:= Monto de la reserva de riesgos en curso calculada con base en la vigencia

### **III.2.5.2. Método de cálculo para los siniestros ocurridos y no reportados**

La legislación actual obliga a toda Aseguradora a registrar un modelo para estimar esta reserva, dicho modelo debe basarse en los registros estadísticos de la experiencia de propia Aseguradora, sin embargo, dado que las I.S.E.S. están iniciando operaciones, y considerando que la experiencia de una de estas Aseguradoras en su etapa de Administradoras de servicios prepagados de salud no son reconocidas para estos efectos, entonces, toda I.S.E.S. de reciente creación, debe registrar un método teórico indicando en su solicitud de registro que el mismo será utilizado una vez que la Aseguradora haya registrado y completado registros de siniestros, al menos por un número suficiente de años y después de haber sido probado su utilidad para la misma, en la solicitud mencionada, la I.S.E.S. deberá solicitar a la autoridad que le asigne un método transitorio.

En este sentido, se debe elaborar un escrito como el siguiente:

México D. F. A xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas  
Dirección General de Supervisión del Seguro de Salud  
Insurgentes Sur 1971, torre norte, 1er. Piso  
Col. Guadalupe Inn  
01020, México D. F.  
Presente

Al n.: <Titular de la Dirección >

---

Estimado <xxxxxx>:

Como es de su conocimiento, esa H. Comisión nos ha entregado el Dictamen favorable para inicio de operaciones como una Institución de Seguros Especializada en Salud.

Lo anterior implica que nuestra Institución debe constituir las reservas técnicas que ordena la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, entre ellas la reserva de Siniestros Ocurridos pero no Reportados, así como la Reserva de Gastos de Ajuste Asignados al Siniestro, IBNR Y GAAS. Mismas que para calcularlas requieren de métodos que para su correcto funcionamiento requieren de registros estadísticos de cuando menos cinco años.

Por tal motivo me dirijo a usted con el fin de que a través de su conducto nos sea proporcionada la metodología que utilizaremos en tanto se satisfagan los requisitos en cuanto a años de registro estadístico se refiere.

Sin otro particular, y esperando vernos favorecidos con lo solicitado, me reitero a sus ordenes para atender cualquier duda o aclaración que al respecto surja.

Atentamente,

<Nombre y Título>  
Director de General

De parte de la autoridad y conforme con lo ordenado en la cláusula décima primera de las reglas para la constitución y valuación de la reserva para obligaciones pendientes de cumplir por siniestros ocurridos y no reportados y de la reserva de gastos de ajuste asignados al siniestro, de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros, en la que se faculta a dicha Comisión asignar un método específico para el cálculo de tal reserva, siempre que detecte un patrón sistemático de desviación en la reserva en cuestión, en este caso, el patrón de desviación es la carencia de registro estadístico, en consecuencia, la respuesta se da en términos como el siguiente:



SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

"2003. Año del CCL Aniversario del Natalicio de Don Miguel Hidalgo y Costilla, Padre de la Patria"

México, D.F., 28 OCT 2003

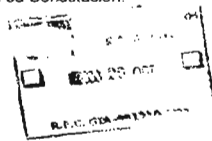
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS  
SECRETARIA DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO  
28 OCT 2003

DEPTO. ARCHIVO, COBROSAS, R. H.M.P.  
C. 17/ramo

DIRECCION GENERAL DE SUPERVISION DEL SEGURO DE SALUD  
DIRECCION DE VIGILANCIA DEL SEGURO DE SALUD  
Exp. 731.3(S- 208)2  
OFICIO No. 08-367-III-5.2/

ASUNTO: Reservas para Sinistros Ocurridos y No Reportados y de Gastos de Ajuste Asignados al Sinistro.- Se asigna metodología para su Constitución.

Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. de C.V.  
Calle  
Colonia



At'n.: Director General

Nos referimos a su escrito del 17 de octubre del presente año, mediante el cual solicitan a esta Comisión les asigne el procedimiento para constituir la Reserva para Sinistros Ocurridos y no Reportados y de Gastos de Ajuste Asignados al Sinistro, para el Ramo de Salud, debido a que son una empresa de reciente creación por lo que no cuentan con la estadística suficiente para hacer una adecuada estimación.

Sobre el particular, con fundamento en el artículo 50 fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y Décima Primera de las Reglas para la Constitución y Valuación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir por Sinistros Ocurridos y No Reportados y de la Reserva de Gastos de Ajuste Asignados al Sinistro dadas a conocer mediante Circular S-10.6 del 19 de octubre de 1998, esta Comisión les asigna el procedimiento para la constitución e incremento de la citada reserva.

La Reserva para Sinistros Ocurridos y no Reportados ( RSONR ) total deberá valuarse con los incrementos que resulten de aplicar el factor F3 del Ramo de Salud, a la prima emitida ( PE ) del subramo (i), durante el período (t) en cuestión, conforme a lo siguiente:

$$INCREMENTO_i = F3 * (PE_i),$$

$$RSONR_t = \sum_{i=1}^n F3 * (PE_i),$$

Asimismo, la Reserva de Gastos de Ajuste Asignado al Sinistro ( RGAAS ) total deberá valuarse con los incrementos que resulten de aplicar el factor F4 del Ramo de Salud, a la

Handwritten marks: a triangle, the letter 'P', and a signature.

prima emitida ( PE ) del subramo (i), durante el periodo (t) en cuestión, conforme a lo siguiente:

$$INCREMENTO_t = F4 * (PE_t),$$

$$RGAAS_t = \sum_{i=1}^n F4 * (PE_i),$$

	Factores para determinar el límite de la reserva		Factores para la constitución de la reserva	
	IBNR [Total]	GAAS [Total]	IBNR	GAAS
	F1	F2	F3	F4
<b>SALUD</b>	<b>7.1773%</b>	<b>0.0022%</b>	<b>3.5887%</b>	<b>0.0011%</b>

La reserva que se constituya conforme a este procedimiento, no deberá ser superior a lo que resulte de aplicar el porcentaje F1 y F2 respectivamente a la prima emitida del subramo (i), considerando los últimos 12 meses de operación (t), o en su caso se aplicará a los meses de operación que tenga al momento de la valuación.

$$RSONR_t \leq F1 * \sum_{i=t-12}^t (PE_i),$$

$$RGAAS_t \leq F2 * \sum_{i=t-12}^t (PE_i),$$

La participación para el reaseguro cedido se deberá determinar aplicando al saldo calculado conforme a lo indicado en los párrafos anteriores el porcentaje que resulte de dividir la prima cedida entre la prima emitida de los últimos 36 meses, o en su caso se aplicará a los meses de operación que tenga al momento de la valuación.

El presente método es provisional por lo que esa institución deberá generar la estadística que le permita aplicar el método que registre para dar cumplimiento a la Regla Sexta de la citada Circular.

Lo anterior se hace de su conocimiento con fundamento en el Artículo 29 Bis, fracción XVII del Reglamento Interior de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

**Atentamente.**

**Sufragio Efectivo, No Reelección.**

**COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS**

**Director General de Supervisión del Seguro de Salud**



**FERNANDO ALVAREZ DEL RIO**

04  
 COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS  
 DIRECCION GENERAL DE SUPERVISION DEL SEGURO DE SALUD

El método asignado se traduce operativamente en el cálculo siguiente:

**PRIMAS EMITIDAS, CEDIDA Y RETENIDA EN EL RAMO DE SALUD, DE LA ASEGURADORA DE SALUD, S. A. DE C.V., AL 99 DE XXXXXXXXXXXXXXXX DE 9999**

PERIODO	SALUD GRUPO			SALUD COLECTIVO		
	PRIMA EMITIDA	PRIMA CEDIDA	PRIMA RETENIDA	PRIMA EMITIDA	PRIMA CEDIDA	PRIMA RETENIDA
Mes1	4,770.59	0.00	4,770.59	0.00	0.00	0.00
Mes 2	890,483.43	0.00	890,483.43	0.00	0.00	0.00
Mes 3	2,594,206.11	0.00	2,594,206.11	955,404.99	0.00	955,404.99
Mes 4	13,580,891.16	0.00	13,580,891.16	64,588.18	0.00	64,588.18
<b>TOTALES</b>	<b>17,070,351.29</b>	<b>0.00</b>	<b>3,489,460.13</b>	<b>955,404.99</b>	<b>0.00</b>	<b>955,404.99</b>

ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A. DE C. V.

DETALLE DEL CALCULO DE LA VALUACION DE LA RESERVA PARA OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR POR SINIESTROS OCURRIDOS Y NO REPORTADOS Y DE LA RESERVA DE GASTOS DE AJUSTE ASIGNADOS AL SINIESTRO AL 99/99/9999

RAMO	PRIMA EMITIDA
SALUD INDIVIDUAL	0.00
SALUD GRUPO	17,070,351.29
SALUD COLECTIVO	1,019,993.17

FACTORES PARA LA CONSTITUCION DE LA RESERVA	
IBNR (TOTAL)	GAAS
F3	F4
3.5887%	0.0011%
3.5887%	0.0011%
3.5887%	0.0011%

RESERVA SONOR	RESERVA GAAS
0.00	0.00
612,603.70	187.77
36,604.49	11.22

FACTORES PARA DETERMINAR EL LIMITE DE LA RESERVA	
IBNR (TOTAL)	
F1	F2
7.1773%	0.0022%
7.1773%	0.0022%
7.1773%	0.0022%

RSONR	RGAS
0.00	0.00
1,225,190.32	375.55
73,207.97	22.44

RAMO	PRIMA CEDIDA ULTIMOS 36 MESES	PRIMA EMITIDA ULTIMOS 36 MESES	PRIMA CEDIDA / EMITIDA
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00	0.0000%
SALUD GRUPO	0.00	17,070,351.29	0.0000%
SALUD COLECTIVO	0.00	1,019,993.17	0.0000%

AL 99/99/9999	RESERVA TOTAL	
	S.O.N.R.	G.A.A.S.
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00
SALUD GRUPO	612,603.70	187.77
SALUD COLECTIVO	36,604.49	11.22
<b>TOTAL</b>	<b>649,208.19</b>	<b>198.99</b>

AL 99/99/9999	RESERVA CEDIDA	
	S.O.N.R.	G.A.A.S.
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00
SALUD GRUPO	0.00	0.00
SALUD COLECTIVO	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

<b>RESUMEN DE RESERVAS I.B.N.R. Y G.A.A.S.</b>		
<b>AL 99/(99-1)/9999</b>	<b>RESERVA ANTERIOR</b>	
<b>RAMO</b>	<b>I.B.N.R.</b>	<b>G.A.A.S.</b>
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00
SALUD GRUPO	157,313.26	48.22
SALUD COLECTIVO	34,286.62	10.51
<b>AL 99/99/9999</b>		
<b>RESERVA ACTUAL</b>		
<b>RAMO</b>	<b>I.B.N.R.</b>	<b>G.A.A.S.</b>
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00
SALUD GRUPO	612,603.70	187.77
SALUD COLECTIVO	36,604.49	11.22
<b>TOTAL</b>	<b>649,208.19</b>	<b>198.99</b>
<b>AL 99/99/9999</b>		
<b>INCRE / DECRE</b>		
<b>RAMO</b>	<b>I.B.N.R.</b>	<b>G.A.A.S.</b>
SALUD INDIVIDUAL	0.00	0.00
SALUD GRUPO	455,290.44	139.55
SALUD COLECTIVO	2,317.87	0.71
GASTOS MEDICOS GPO.	0.00	0.00
GASTOS MEDICOS COL.	0.00	0.00
<b>TOTAL</b>	<b>457,608.31</b>	<b>140.26</b>
<b>INCREMENTO</b>	<b>457,608.31</b>	<b>140.26</b>

Estos resultados deben ser notificados a la Comisión, en los formatos estadísticos correspondientes, y son entregados mediante una carta del tipo siguiente:



México, D. F., a Z9 de XXXXXXXXXXXXXXX de 9999

**Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**

Dirección General de Informática

**Av. Insurgentes Sur 1971**

Torre 1 Norte 1er. Piso

Col. Guadalupe Inn

01020 México, D.F.

Asunto: Valuación de la Reserva para  
Obligaciones Pendientes de Cumplir.

En cumplimiento a lo dispuesto en las Circulares S-10.6.4 y S-28/04 de fechas, 31 de marzo de 2004 y 23 de junio de 2004 respectivamente, **con relación a los Formatos de Valuación de Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir**, anexo enviamos los formatos en un **tanto impresos y un disquete que contiene** los archivos correspondientes al **mes de XXXXXXXXXXXX de 9999**.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.

Atentamente

Lic. XXXXXXXXXXXXXXX

Director General

## ANEXO

### CERTIFICACION

**Certificación General de la Valuación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir de las Operaciones de Vida, de Accidentes y Enfermedades y de Daños.**

**Institución: Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. de C. V.**

**Mes xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx de 9999**

**México, D. F. a z9 de xxxxxxxxxxxx de 9999**

**“Act. xxxxxxxxxxxxxxxx con cédula profesional zzz99 y certificación o acreditación según oficio número 06-367-II-1.2/9999, de fecha z9 de xxxxxxxxxxxxxxxx de 9999, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la información presentada corresponde a los auténticos resultados de la Valuación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir de las Operaciones de Vida, de Accidentes y Enfermedades y de Daños, y fue realizada de acuerdo a los procedimientos técnicos y disposiciones legales vigentes”.**

### FIRMA






Act. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nombre de su puesto

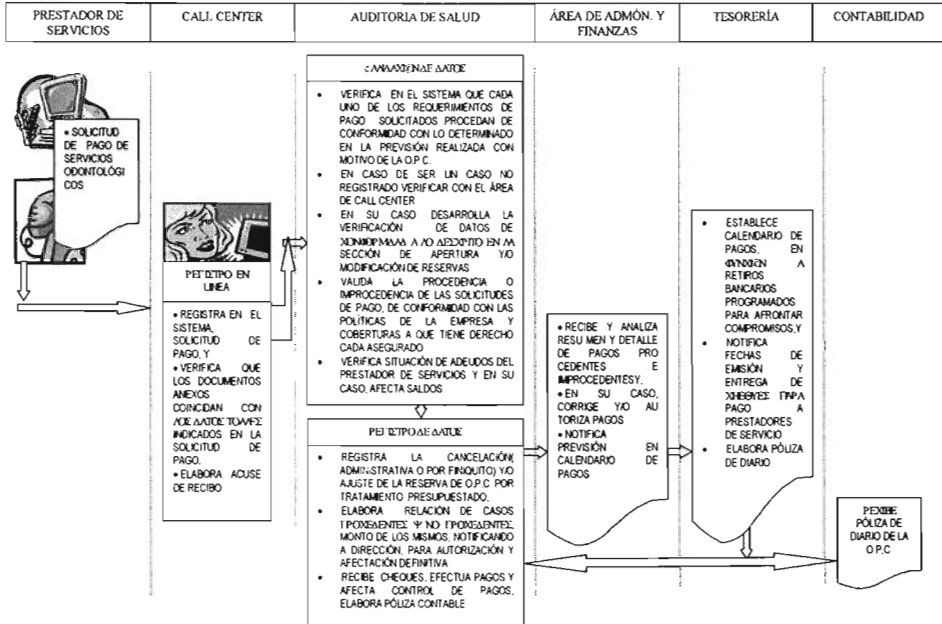
Tel. 9999999999

Ext. 99999

METODOLOGIA PARA EL CALCULO DE LA RESERVA DE OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR

DEL INCREMENTO PERIÓDICO DE LA RESERVA DE O.P.C.	COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ARTICULO DE LA LEY O CIRCULARES DE LA C.N.S.F. APLICABLE AL PROCEDIMIENTO	
		NUMERO DE CIRCULAR O DE ARTICULO DE LA LEY	TEXTO RELATIVO
 <p>5- EL PRESTADOR DE SERVICIOS MEDICOS ELABORA DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO, ETC., Y LO COMUNICA A LA I.S.E.S.</p>	<p>5- Una vez autorizado el servicio inicial, el Asegurado acude a recibir el servicio solicitado, el Prestador de Servicios Médicos elabora presupuesto y lo comunica a la I.S.E.S.</p>	<p>De conformidad con los procedimientos generalmente usados en las Compañías de Seguros, durante el transcurso del día se realizan estos movimientos de ajuste a la reserva, para que al final del día se elabore la póliza contable de diario para que al cliente mensual quede dicha reserva provisionada adecuadamente.</p>	<p>S-102 - ...DECIMA PRIMERA</p>
 <p>6- LA I.S.E.S. RECIBE LOS DATOS DEL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO</p>	<p>6- La I.S.E.S. recibe el detalle del tratamiento o diagnóstico</p>		<p>Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir, ..... deben constituirse inmediatamente después de que se hayan hecho las estimaciones que provengan de las reclamaciones respectivas, por lo que su saldo deberá ajustarse mensualmente al importe de dichas reclamaciones pendientes.</p>
<p>REGISTROS HISTÓRICOS INDIVIDUALES DE LA RESERVA DE O.P.C. POR CASOS SIN VALUACION PREVIA</p>  <p>7- DATOS Y SE CAPTURAN DATOS DE DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO Y AFECTA LA O.P.C. ABIERTA</p>	<p>7- La I.S.E.S. captura los datos recibidos, identificando los movimientos como incrementos o decrementos a la reserva de O.P.C. abierta para cada caso en particular</p>		
<p>REGISTROS HISTÓRICOS PROVISIONALES DE LA RESERVA DE O.P.C. DE APERTURAS Y DE ANULOS, POR CASOS SIN VALUACION PREVIA</p>  <p>8- LA I.S.E.S. OBTIENE Y MANTIENE ACTUALIZADA SU BASE DE "SINISTROS" DE PÓLIZAS EN VIGOR E HISTÓRICO.</p>	<p>8- La I.S.E.S. obtiene y mantiene actualizada su base de "Sinistros" de pólizas en vigor e histórico.</p>		
 <p>9- ELABORA PÓLIZA DE DIARIO RELATIVO A LAS MODIFICACIONES DE LA O.P.C.</p>	<p>9- La I.S.E.S. elabora la Póliza de diario correspondiente para la afectación contable de la O.P.C.</p>		

## PROPUESTA DE FLUJO DE OPERACIÓN SIMPLIFICADO, PARA CIERRE Y/O FINIQUITO DE LAS RESERVAS DE O. P. C., A DESARROLLAR EN EL ÁREA DE AUDITORÍA DE SALUD



### III.2.5.4. RESUMEN DE LA METODOLOGIA REQUERIDA PARA EL CÁLCULO DE LA RESERVA DE OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR, POR SINIESTROS REPORTADOS NO VALUADOS

La metodología para el registro de este tipo de reservas es similar al correspondiente a cuando se origina una OPC valuada, la diferencia estriba en que por alguna causa, no contacto con el médico para establecer una cita, la consulta inicial conlleva gastos adicionales cubiertos, tales como farmacia, estudio de laboratorios, etcétera, que al momento del reporte inicial se desconoce totalmente.

En este caso, debe elaborarse una nota técnica, en la que se establezca la metodología usada para este cálculo, que dada la naturaleza de los riesgos que se cubren en una Aseguradora de salud, y particularmente la aquí mostrada, corresponde a gastos de montos mínimos.

Independientemente de la estructuración que debe establecerse para el registro de la nota técnica, la estimación del gasto máximo probable con cada siniestro ocurrido, reportado pero no valuado, puede ser igual a los montos calculados en el capítulo de las responsabilidades máximas determinadas para el reaseguro.

### III.3. Registros y reportes Estadísticos

Al igual que el resto de los ramos, y con el fin de vigilar, supervisar, integrar registros estadísticos, etc., la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas obliga a las aseguradoras a entregarles información sobre su operación y sobre la cartera de cada una de ellas, la forma y términos de dicha obligación también se los hace saber mediante oficios circulares, y las relativas a la información estadística en materia de Salud son las siguientes

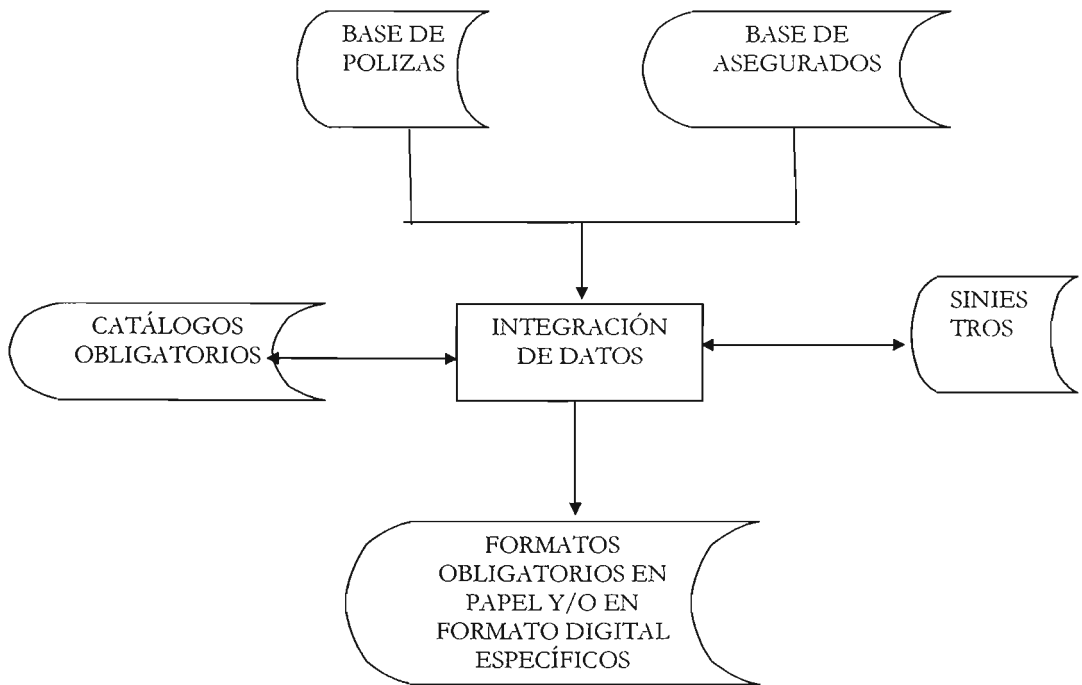
CLAVE DE CIRCULAR QUE CONTIENE EL MANDATO	FECHA DE LA CIRCULAR VIGENTE	CONTENIDO DE LA CIRCULAR	RESUMEN DE LAS DISPOSICIONES LEGALES ESPECÍFICAS CONTENIDAS
S-20.2.11	15 de mayo de 2000, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de junio de 2000	Se comunica la estructura de las Formas Estadísticas de Seguros (FES)	Se detalla la siguiente información: 1. Formatos Estadísticos. 2. Consideraciones Generales de Reporte.

			3. Descripción de Formatos y Definición de Variables.
<b>S-24.2</b>	26 de septiembre de 2000	Se comunica la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, y se da a conocer la forma y términos para su entrega a las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entregar en forma anual la base de datos, en archivo tipo texto y con las características que se establecen en la circular.</li> <li>2. Entregar la base de datos del ejercicio en cuestión, dentro de los primeros cuarenta y cinco días naturales siguientes al cierre del ejercicio de que se trate</li> <li>3. Esta entrega deberá ser acompañada de un escrito específico diseñado en su conformación por la propia Comisión.</li> <li>4. Se establecen las sanciones en caso de no presentar la información.</li> <li>5. Además, se establece entregar en forma cuatrimestral un resumen de totales de las variables.</li> </ol>
<b>S-24.2.1</b>	12 de marzo de 2001	Se comunica la modificación a la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, a las instituciones de seguros autorizadas para operar en el ramo de salud	Se modifican las longitudes de algunos campos que integran la base estadística
<b>S-25/01</b>	27 junio de 2001	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Catálogo de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión.- Se da a conocer su utilización para el llenado de la variable de causa de muerte	Se establece la obligatoriedad de usar este catálogo en el Sistema estadístico, en la codificación de Causa de muerte
<b>S-25/02</b>	10 de junio de 2002	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud.- Se da a conocer forma y términos para su entrega	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se establecen tres formatos "tipo" para contener y entregar la información correspondiente</li> <li>2. Se establece la obligatoriedad de entregar en forma cuatrimestral dicha información, de acuerdo a los criterios definidos en las circulares correspondientes</li> </ol>
<b>S-33/01</b>	14 de agosto de 2001	Sistema Estadístico para los	Se establece la obligatoriedad

		Seguros de Salud.- Se da a conocer el catálogo para el llenado de la variable "caso de infección nosocomial"	de codificar en el sistema en cuestión los diferentes eventos hospitalarios de la variable en cuestión
<b>S-82/00</b>		Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Catálogo de Identificación territorial del INEGI.- Se da a conocer su utilización	Se establece la obligatoriedad de codificar en el sistema en cuestión el lugar de residencia de los asegurados, de conformidad con el catálogo indicado
<b>S-83/00</b>	20 de diciembre de 2000	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Directorio de unidades médicas por Entidad Federativa.- Se da a conocer su utilización	Se establece la obligatoriedad de codificar en el sistema el número de hospital o centro ambulatorio, asignado por la Secretaría de Salud, a cada una de las unidades médicas del país, de conformidad con el catálogo indicado
<b>S-84/00</b>	20 de diciembre de 2000	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Catálogo de clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión.- Se da a conocer su utilización	Se establece la obligatoriedad de codificar en el sistema, en el llenado de la variable diagnóstico de egreso de los diferentes eventos hospitalarios
<b>S-85/00</b>	20 de diciembre de 2000	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Catálogo de Actividad económica.- Se da a conocer su utilización	Se establece la obligatoriedad de codificar en el sistema, en el llenado de la variable actividad económica
<b>S-86/00</b>	20 de diciembre de 2000	Sistema Estadístico para los Seguros de Salud. Formatos Cuatrimestrales. Se dan a conocer la forma y términos para su entrega	Se establece la obligatoriedad de entregar tres formatos cuatrimestrales y específicos cuyas características variables y concepto, así como las fechas límite y forma de entrega de las mismas, se establecen en la propia circular

Todas estas obligaciones hacen, necesariamente que las Aseguradoras diseñen e instrumenten todo un subsistema de información que les permita cumplimentar dichas responsabilidades, en los tiempos y en la forma establecida en las circulares indicadas.

En este sentido, el subsistema conceptual debe contemplar la estructura siguiente:



### III.4. REASEGURO

#### III.4.1. POLÍTICAS DE RETENCIÓN DE RIESGOS

Atendiendo la diversificación técnica de los riesgos que asuman las instituciones, y optimizar el aprovechamiento de la capacidad de retención de las mismas, se establece que:

Se diferenciarán al menos inicialmente, dos grandes rubros de tipos de riesgos:

1. Los que denominaremos de Gastos Médicos Menores, entendiéndose por esto lo concerniente a las coberturas de los planes Médica, Dental y Médica Dental descritos, y



2. Los riesgos Hospitalarios, este tipo de cobertura al momento permanecen y permanecerán enunciativamente, ya que en el presente trabajo no se ha presentado producto alguno.

Esto es debido a las características de los riesgos que incluyen las coberturas descritas anteriormente, y de conformidad con la experiencia que la propia Administradora de Servicios Prepagados de Salud, de la cual surge la Aseguradora, la empresa al asumir las responsabilidades de los contratos de seguros que se suscriban riesgos del primer tipo, o sea de Gastos Médicos Menores, operará con un esquema de retención al 100%, esto es debido a que los límites máximo de responsabilidad son de montos sumamente pequeños, sin embargo esta hipótesis se corroborará mas adelante. Para los que incluyan los riesgos hospitalarios, sí se deben considerar un esquema de reaseguro.

Con el fin de sustentar cuantitativamente dicha política y, adicionalmente cumplir con lo que al respecto establece la legislación vigente, se procedió a calcular el límite máximo de retención legal que le correspondería a la Aseguradora.

Para estos efectos, lo dispuesto en la legislación vigente emana de las **REGLAS para fijar los límites máximos de retención de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro**, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el **10/02/2003**, y en las cuales se indica en su cláusula séptima, que dicho límite no será superior en un sólo riesgo al cinco por ciento de la suma del saldo de la reserva de previsión afecta a cada operación o ramo, más el capital mínimo de garantía en el caso de las instituciones de seguros.

En consecuencia, para saber la magnitud de los riesgos asumidos, es necesario conocer el monto de las responsabilidades asumidas en cada riesgo contratado mediante una póliza de seguros, y comparar dicho monto contra el valor indicado en el párrafo anterior, es decir, se debe calcular para cada cobertura el monto máximo asumido, totalizarlo para cualquier riesgo asumido a través de una póliza, y proceder a comparar dicho monto con lo dispuesto en las regla mencionadas.

Es importante mencionar que para el caso de las Instituciones de Salud la reserva de previsión es igual a cero, es decir, no existe obligación alguna de constituirla, por lo que sólo debe calcularse el capital mínimo de garantía.

Es importante mencionar que en materia de la retención a cargo de la Aseguradora de que se trate, existen diversos conceptos, por el momento se comentará únicamente sobre la retención en tres sentidos:

1. **Retención pura o Retención:** es el monto de la responsabilidad económica que queda a cargo en forma directa y al 100% de la Aseguradora, y que ésta no traslada a ninguna otra empresa de ningún tipo.
2. **Retención Legal:** es el monto de la responsabilidad que como máximo puede quedar a cargo de la Aseguradora, en cada riesgo que la misma acepte mediante un contrato de seguros o póliza, el cálculo de este concepto esta legalmente descrito y normado su uso por las **REGLAS para fijar los límites máximos de retención de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros en las operaciones de seguro y reaseguro**, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el **10/02/2003**.
3. **Retención Técnica:** este concepto define la retención que realmente mantiene en uso la Aseguradora, y su valor requiere autorización especial y específica de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Si esta retención técnica es mayor a la retención legal, debe estar protegida mediante un esquema de reaseguro de protección, con mucha mayor necesidad financiera, que la que correspondería al caso en que la retención técnica fuese menor o igual que la retención legal.

En consecuencia, a continuación se procede a calcular las responsabilidades que estadísticamente ha observado la Administradora, en las coberturas:

1. Consultas
2. Médico a Domicilio
3. Ambulancia Terrestre
4. Lentes
5. Laboratorio y gabinete, cuadro básico
6. Medicamentos cuadro básico
7. Enfermera a domicilio

SERVICIO:		CONSULTAS			
RANGOS DE ASEGURADOS		NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	MONTO PROMEDIO PAGADO
	50	1,192	190,182	209,783	175.99
51	100	848	417,454	518,387	<b>611.31</b>
101	200	835	133,106	198,896	238.20
201	350	1,046	112,711	215,414	205.94
351	500	618	132,100	140,667	227.62
501	800	346	56,255	67,477	195.02
801	1000	1,646	322,568	420,632	255.55
1001		371	62,314	112,421	303.02
2001	en adelante	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>6,902</b>	<b>1,426,690</b>	<b>1,883,677</b>	<b>272.92</b>

Como puede observarse en el cuadro anterior, para la cobertura de Consultas, el pago promedio máximo incurrido en un año, es igual a: \$ **611.31**

En la cobertura de Médico a Domicilio, los expuestos al riesgo y montos pagados, con y sin copagos, son los siguientes:

SERVICIO:		MEDICO A DOMICILIO			
RANGOS DE ASEGURADOS		NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	MONTO PROMEDIO PAGADO
	50	22	9,200	9,200	418.18
51	100	7	1,860	2,860	408.57
101	200	7	3,350	4,600	<b>657.14</b>
201	350	0	0	0	0
351	500	3	800	1,550	516.67
501	800	1	400	400	400.00
801	1000	3	900	1,650	550.00
1001	2000	2	400	800	400.00
2001	en adelante	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>45</b>	<b>16,910</b>	<b>21,060</b>	<b>468.00</b>

Es decir, el gasto máximo ocurrido en promedio, elevado al 100%, es decir, incluyendo Coaseguros y Deducibles en los años analizados, por persona que ocupó el servicio, fue de **\$ 657.14**.

<b>SERVICIO:</b>		<b>AMBULANCIA TERRESTRE</b>				
<b>RANGOS DE ASEGURADOS</b>		<b>NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS</b>	<b>MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA</b>	<b>MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%</b>	<b>MONTO PROMEDIO PAGADO</b>	
	50	7	\$ 7,250.00	\$ 7,690.00	<b>1,098.57</b>	
51	100	14	\$ 8,400.00	\$12,460.00	890.00	
101	200	0	0	0		
201	350	0	0	0		
351	500	0	0	0		
501	800	0	0	0		
801	1000	0	0	0		
1001	2000	1	\$ 290.00	\$ 440.00	440.00	
2001	en adelante	0	0	0		
<b>TOTAL</b>		<b>22</b>	<b>\$ 15,940.00</b>	<b>\$ 20,590.00</b>	<b>935.91</b>	

El gasto máximo promedio, ocurrido y pagado por la cobertura de Ambulancia Terrestre es igual a: **\$ 1,098.57**

<b>SERVICIO:</b>		<b>LENTES</b>				
<b>RANGOS DE ASEGURADOS</b>		<b>NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS</b>	<b>MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA</b>	<b>MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%</b>	<b>MONTO PROMEDIO PAGADO</b>	
0	50	2	\$ 1,991.00	\$ 1,991.00	995.50	
51	100	0	0	0	0	
101	200	0	0	0	0	
201	350	0	0	0	0	
351	500	0	0	0	0	
501	800	0	0	0	0	
801	1000	0	0	0	0	
1001	2000	0	0	0	0	
2001	en adelante	0	0	0	0	
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>	<b>\$ 1,991.00</b>	<b>\$ 1,991.00</b>	<b>\$ 995.50</b>	

En la cobertura de Lentes, la perdida promedio máxima fue de \$ 995.50, al año por persona.

**SERVICIO: ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

RANGOS DE ASEGURADOS	NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	MONTO PROMEDIO
50	62	\$39,855.00	\$39,329.00	\$ 634.34
51	100	\$6,840.00	\$6,840.00	<b>\$760.00</b>
101	200	\$19,236.00	\$19,236.00	\$282.88
201	350	0	0	0
351	500	\$ 224.00	\$224.00	\$224.00
501	800	\$ 29,473.00	\$ 29,473.00	\$669.84
801	1000	0	0	0
1001	2000	0	0	0
2001 en adelante	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>\$ 95,628.00</b>	<b>\$ 95,102.00</b>	<b>\$516.86</b>

En la cobertura de Estudios de Laboratorio y Gabinete, el gasto promedio máximo incurrido fue de \$760.00,

**SERVICIO: MEDICAMENTOS**

RANGOS DE ASEGURADOS	NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	MONTO PROMEDIO PAGADO
50	288	\$ 38,453.00	\$ 38,453.00	133.52
51	100	\$ 112,975.00	\$ 112,975.00	<b>1,394.95</b>
101	200	\$ 70,179.00	\$ 70,179.00	218.62
201	350	\$ 6,374.00	\$ 6,374.00	182.11
351	500	\$ 164.00	\$ 164.00	82.00
501	800	\$ 486.00	\$ 486.00	81.00
801	1000	\$ 102,951.00	\$ 102,951.00	112.64
1001	2000	\$ 3,005.00	\$ 3,005.00	429.29
2001 en adelante	0	\$ -	\$ -	0
<b>TOTAL</b>	<b>1,654</b>	<b>\$ 334,587.00</b>	<b>\$ 334,587.00</b>	<b>202.29</b>

En consecuencia, en el caso de la cobertura de Medicamentos, el gasto máximo promedio anual por persona fue de: **\$ 1,394.95**

SERVICIO:		ENFERMERA A DOMICILIO			
RANGOS DE ASEGURADOS	NÚM. DE SERVICIOS PROPORCIONADOS	MONTO PAGADO POR LA ASEGURADORA	MONTO PAGADO ELEVADO AL 100%	MONTO PROMEDIO PAGADO	
	50	\$ -	\$ -		
51	100	\$ -	\$ -		
101	200	\$ -	\$ -		
201	350	\$ -	\$ -		
351	500	\$ -	\$ -		
501	800	\$ 3,850.00	\$ 4,000.00	\$ 4,000.00	
801	1000	\$ -	\$ -		
1001	2000	\$ -	\$ -		
2001	en adelante	\$ -	\$ -		
		\$ -	\$ -		
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>\$ 3,850.00</b>	<b>\$ 4,000.00</b>	<b>\$ 4,000.00</b>	

Entonces, en el caso de la cobertura de Enfermera a Domicilio, se tuvo un gasto máximo por servicio/persona, de **\$ 4,000.00**.

Resumiendo, los gastos máximos promedios anuales por persona, se muestra en la tabla siguiente:

CONSECUTIVO	COBERTURA	GASTOS MÁXIMOS OBSERVADOS, DE ACUERDO A LA EXPERIENCIA DE LA EMPRESA
1	Consulta Médica (Consultas o Consulta con Especialistas o Consulta con Médico Especialista)	\$611.31
2	Médico a Domicilio	\$ 657.14.
3	Ambulancia Terrestre	\$ 1,098.57
4	Lentes	\$ 995.50
5	Laboratorio y Gabinete	\$ 760.00
6	Medicamentos	\$ 1,394.95
7	Enfermera a Domicilio	\$4,000.00
GASTOS MÁXIMOS INCURRIDOS POR PERSONA EN UN AÑO		\$ 9,517.50

El capital mínimo de garantía (CMG) que de conformidad con las reglas para su cálculo, las instituciones de seguros deberán mantener vigente, se determinará como la cantidad que resulte de sumar los requerimientos individuales para cada operación y ramos, según corresponda, integrantes del requerimiento bruto de solvencia (RBS) que se establecen de la Sexta a la Vigésima de las presentes Reglas, menos las deducciones (D) establecidas en la Vigésima Primera y Vigésima Segunda de las presentes Reglas, es decir que:

$$\text{CMG} = \text{RBS} - \text{D}$$

Ahora estas dos variables, RBS y D, se calculan de acuerdo a las propias reglas en la forma siguiente:

**Requerimiento Bruto de Solvencia:**

Considerando la cláusula décima segunda de las reglas para el cálculo del capital mínimo de garantía de las instituciones de seguros, en dicho cálculo se determina el requerimiento de solvencia, que para el ramo de salud es igual a la cantidad que resulte mayor entre el requerimiento determinado con base en las primas emitidas (R4(a)) o el requerimiento determinado con base en los siniestros netos (R4(b)), aplicando a dicha cantidad el índice de reaseguradoras extranjeras no registradas (Irenr), más el resultado de

multiplicar 11.76% por la suma de la prima cedida a reaseguradoras extranjeras registradas y el costo de reaseguro no proporcional, del directo y del tomado, pagado a reaseguradoras extranjeras registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, multiplicado por uno menos el índice de calidad de reaseguradoras extranjeras registradas (Iqrer) y por el índice de concentración de reaseguradoras extranjeras registradas (Icrer), tal y como se muestra en la siguiente fórmula:

$$R4 = \text{Max} (R4(a), R4(b)) * Irenr + 11.76\% * (Pcedida + \text{Costo}) * (1 - Iqrer) * Icrer$$

donde:

R4(a) = Requerimiento en base a las primas emitidas.

R4(b) = Requerimiento en base a los siniestros netos ocurridos.

Pcedida = Primas cedidas a reaseguradoras extranjeras registradas - conforme lo establecen las Reglas sobre el Registro de Reaseguradoras Extranjeras- para el ramo de salud, correspondientes a los últimos 12 meses transcurridos al cierre de cada trimestre.

Costo = Costos de reaseguro no proporcional, del directo y del tomado, pagados a reaseguradoras extranjeras registradas -conforme lo establecen las Reglas sobre el Registro de Reaseguradoras Extranjeras- para el ramo de salud, correspondientes a los últimos 12 meses transcurridos al cierre de cada trimestre.

a) El requerimiento con base en las primas emitidas ( R4(a)) será el 11.76% de la suma de las primas emitidas (PE4i) correspondientes a los últimos doce meses transcurridos al cierre de cada trimestre y aplicando a dicho resultado el porcentaje de siniestros de retención (% Ret 4i) de cada institución de seguros, sin que éste pueda en ningún momento ser inferior al porcentaje promedio del mercado durante los tres últimos años (% Ret4m), el cual emitirá la Comisión mediante disposiciones administrativas:

$$R4(a) = 11.76\% * PE4i * \text{Max} (\% \text{ Ret}4i, \% \text{ Ret}4m)$$

donde:

PE4i = Primas emitidas de cada institución de seguros para el ramo de salud correspondientes a los últimos 12 meses transcurridos al cierre de cada trimestre.

% Ret 4i = Porcentaje de siniestros de retención de cada institución de seguros para el ramo de salud correspondientes a los últimos 12 meses transcurridos al cierre de cada trimestre.



% Ret 4m = Porcentaje de siniestros de retención promedio del mercado para el ramo de salud durante los últimos tres años.

b) El requerimiento con base en los siniestros netos ocurridos (R4(b)) será el 16.27% del promedio anual de los siniestros netos ocurridos (SO4i) correspondientes a los últimos 36 meses transcurridos al cierre de cada trimestre, actualizados a valores constantes del último mes con base en el Índice Nacional de Precios al Consumidor que publica el Banco de México y a dicho resultado se aplicará el porcentaje de siniestros de retención (% Ret4i) de cada institución de seguros, sin que éste pueda en ningún momento ser inferior al porcentaje promedio del mercado durante los tres últimos años (% Ret4m), el cual emitirá la Comisión mediante disposiciones administrativas:

$$R4(b) = 16.27\% * SO4i * \text{Max} (\% \text{ Ret}4i, \% \text{ Ret}4m)$$

donde:

SO4i= Promedio anual de los siniestros netos ocurridos de cada institución de seguros para el ramo de salud correspondientes a los últimos 36 meses, a valores constantes del último mes en base al INPC.

% Ret4i= Porcentaje de siniestros de retención de cada institución de seguros para el ramo de salud correspondientes a los últimos 12 meses transcurridos al cierre de cada trimestre.

% Ret4m= Porcentaje de siniestros de retención promedio del mercado para el ramo de salud durante los últimos tres años.

En las alternativas a) y b) a las que se refiere la presente Regla, el porcentaje de siniestros de retención (%Ret) deberá calcularse como el cociente de los siniestros de retención (SR) entre los siniestros netos ocurridos (SO), referidos ambos conceptos como la suma de los movimientos mensuales que correspondan a los últimos doce meses transcurridos al cierre de cada trimestre, y dicho porcentaje en ningún caso podrá ser superior al 100%.

La Comisión, emitirá en el primer trimestre de cada año, mediante disposiciones administrativas, el porcentaje de siniestros de retención promedio del mercado durante los tres últimos años. Cuando dicha Comisión no emita las citadas disposiciones, las instituciones tomarán en cuenta los que se hubieren determinado al último periodo de que se trate.

**DEDUCCIONES:** Deben deducirse:

1. El saldo que reporte al cierre de cada trimestre la reserva de contingencia correspondiente a los seguros de pensiones, derivados de las leyes de seguridad social, así como la reserva para fluctuación de inversiones adicional, en el caso del requerimiento establecido en la Décima de las presentes Reglas, excluyendo el requerimiento de capital por descalce entre activos y pasivos, sin que tal deducción pueda exceder al monto de dicho requerimiento.
2. El requerimiento por la operación de reafianzamiento, la deducción (Deducción b)) será igual al saldo no dispuesto que reporte al cierre de cada trimestre la reserva de contingencia, más el costo de las coberturas de exceso de pérdida contratadas por la aseguradora, para el reafianzamiento tomado.
3. La cantidad que resulte de sumar el saldo que reporte al cierre de cada trimestre la reserva para riesgos catastróficos (RRCAT) más el saldo ajustado de las coberturas de exceso de pérdida (CXLA), a la fecha de su determinación,

Para el caso de la Aseguradora, dado que inicialmente no se contempla la operación de reaseguro, los cálculos relativos a éste concepto, son iguales a cero, entonces el Capital mínimo de Garantía sería:

RAMO: SALUD

CIFRAS EN PESOS

ALTERNATIVA A): Base Primas Emitidas  
 AL MES DE DICIEMBRE AÑO X

ALTERNATIVA B): Base Siniestros Netos Ocurridos  
 INDICACION AL: INDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR DEL ULTIMO MES.

MES	AÑO	PRIMAS EMITIDAS
EHE	AÑO X	1,885,879.12
FEB	AÑO X	2,678.91
MAR	AÑO X	4,770.59
ABR	AÑO X	890,483.43
MAY	AÑO X	3,549,611.10
JUN	AÑO X	13,845,479.34
JUL	AÑO X	4,137,833.71
AGO	AÑO X	-1,853,794.28
SEP	AÑO X	1,431,416.31
OCT	AÑO X	2,114,854.69
NOV	AÑO X	397,582.17
DIC	AÑO X	1,308,507.46

MES	AÑO	FACTOR DE ACTUALIZACION INCP-VALORES CONSTANTES DEL MES	FACTOR APLICABLE 109.022	SINIESTROS NETOS OCURRIDOS	
				DEL MES	ACTUALIZADO
EHE	AÑO X - 2	95.5300	1.1412	209,362.71	238,931.66
FEB	AÑO X - 2	96.4190	1.1307	141,009.24	152,440.66
MAR	AÑO X - 2	96.8550	1.1256	221,780.50	249,640.74
ABR	AÑO X - 2	97.2200	1.1214	134,584.98	150,899.80
MAY	AÑO X - 2	97.3540	1.1199	219,190.67	245,449.75
JUN	AÑO X - 2	96.2530	1.1096	173,746.08	192,789.48
JUL	AÑO X - 2	96.1900	1.1103	173,746.06	192,913.16
AGO	AÑO X - 2	98.6920	1.1047	173,746.06	191,931.92
SEP	AÑO X - 2	99.2310	1.0987	173,746.08	190,889.39
OCT	AÑO X - 2	99.4320	1.0964	173,746.08	190,503.51
NOV	AÑO X - 2	99.9170	1.0911	173,746.08	189,578.80
DIC	AÑO X - 2	100.2040	1.0880	173,746.06	189,035.82
EHE	AÑO X - 1	100.5850	1.0839	173,746.08	188,319.76
FEB	AÑO X - 1	101.1900	1.0774	173,746.08	187,193.84
MAR	AÑO X - 1	101.6360	1.0727	173,746.08	186,372.40
ABR	AÑO X - 1	102.4580	1.0641	173,746.06	184,877.17
MAY	AÑO X - 1	102.9040	1.0595	173,746.08	184,075.99
JUN	AÑO X - 1	103.3200	1.0552	449,596.96	474,408.58
JUL	AÑO X - 1	103.6070	1.0523	189,395.72	208,817.10
AGO	AÑO X - 1	104.2810	1.0457	33,427.74	34,954.19
SEP	AÑO X - 1	104.4390	1.0439	406,379.73	424,212.52
OCT	AÑO X - 1	104.1020	1.0473	404,099.88	423,196.18
NOV	AÑO X - 1	104.1880	1.0464	452,804.81	473,813.55
DIC	AÑO X - 1	104.3390	1.0449	452,804.81	473,127.84
EHE	AÑO X	104.6520	1.0418	492,010.00	512,565.08
FEB	AÑO X	105.2750	1.0356	898,383.00	930,358.69
MAR	AÑO X	105.6610	1.0319	0.00	0.00
ABR	AÑO X	106.5380	1.0233	523,550.00	535,758.90
MAY	AÑO X	106.9960	1.0189	643,532.48	655,717.95
JUN	AÑO X	107.6610	1.0126	385,977.00	370,803.51
JUL	AÑO X	108.3050	1.0066	1,434,377.02	1,443,872.87
AGO	AÑO X	108.6720	1.0032	191,051.27	191,666.59
SEP	AÑO X	108.8360	1.0017	316,483.63	317,024.50
OCT	AÑO X	108.5630	1.0042	2,266,911.38	2,276,496.79
NOV	AÑO X	108.7370	1.0028	2,833,795.80	2,841,222.99
DIC	AÑO X	109.0220	1.0000	4,716,057.18	4,716,057.18

TOTALES

(A) : TOTAL ANUAL PRIMA EMITIDA	27,515,302.55	(C) = TOTALES ACUMULADOS SIN. NETOS OCURRIDOS	20,617,707.81
(B) : (A) POR 11.76%	3,235,799.58	(D) = PROMEDIO ANUAL (C) ENTRE 3	6,872,569.27
		(E) = (D) POR 18.27%	1,118,167.02

SINIESTROS DE RETENCION (Siniestros de Retención / Siniestros Netos Ocurridos)

I. COMPAÑIA	100 %	III PORCENTAJE MAXII L y II.	100.0%
II. MERCADO	99.5 %		

<b>COMISION NACIONAL DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS</b>	
<b>ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.</b>	<b>3,235,799.58</b>
<b>DICIEMBRE AÑO X</b>	
(Artículo 60 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro)	
<b>DICIEMBRE AÑO X</b>	

<b>ACTIVOS COMPUTABLES CMG</b>			<b>Balanza</b>	<b>Computable</b>
<b>CTA</b>	<b>CONCEPTO</b>			
110101001001	INVS. EN VAL. GUBERNAMENTALES(100%)	100%	\$ -	-
110203002	INV. VAL. PRIVADO TASA CONOCIDA(80%)	80%	-	-
1103	INV. VAL. EMP. PRIV. RTA. VARIABLE(80%)	80%	-	-
1104	INCR. VALUACION DE VALORES(80%)	80%	-	-
1105	DEUD. INTERESES DE VALORES	80%	-	-
1202	PRESTAMOS GTIA. PRENDARIA(20%)	20%	-	-
1203	PRESTAMOS GTIA. FIDEICOMISOS(20%)	20%	-	-
1204	PRESTAMOS HIPOTECARIOS(20%)	20%	-	-
1205	PRESTAMOS QUIROGRAFARIOS(5%)	5%	-	-
1206	DESCUENTOS Y REDESCUENTOS(20%)	20%	-	-
1207	CARTERA VENCIDA(20%)	20%	-	-
1208	DEUD. INTERESES PREST. Y CRED.(20%)	20%	-	-
1301	INMUEBLES(60%)	60%	-	-
1302	INMUEBLES EN CONSTRUCCION(60%)	60%	-	-
1303	INMUEBLES CONTR. ARREND. FIN.(60%)	60%	-	-
1501	CAJA(100%)	100%	10,304.71	10,305
150201002	BANCOS(100%)	100%	2,245,706.05	2,245,706
1622	AGENTES CTA. CTE.(30%)	30%	-	-
1623	ADEUD. PRIMAS COB. NO REPORT.(60%)	60%	-	-
1624	AJUSTADORES CTA. CTE.(30%)	30%	-	-
1625	DOCUMENTOS POR COBRAR(30%)	30%	443,750.00	443,750
1628	PRESTAMOS AL PERSONAL(15%)	15%	-	-
1630	DEUDORES DIVERSOS(30%)	30%	-	-
1631	DIVIDENDOS POR COB. S/ACCS.(60%)	60%	-	-
180101002	MOBILIARIO Y EQUIPO(60%)	60%	1,575,130.20	1,575,130
180102002	EQUIPO DE COMPUTO(60%)	60%	-	-
180103002	PERIFERICO DE COMPUTO(60%)	60%	-	-
180104002	EQUIPO DE TRANSPORTE(60%)	60%	-	-
1802	MOB. Y EQUIPO ADQ. ARREND. FIN.(60%)	60%	-	-
1803	ACTIVOS ADJUDICADOS(30%)	30%	-	-
190301002	GTS. ESTABLEC. Y ORGN.(30%)	30%	259,228.64	259,229
190401002	GTS. DE INSTALACION	30%	-	-
<b>I. ACTIVOS COMPUTABLES A CAPITAL</b>			<b>4,534,119.60</b>	<b>4,534,120</b>

ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.  
MARGEN DE SOLVENCIA  
DICIEMBRE AÑO X

REGLA	REQUERIMIENTO BRUTO DE SOLVENCIA	Salud
	<b>Estimacion de requerimiento de Solvencia de Salud</b>	
	Primas Emitidas	27,515,302.55
	%	11.76%
	% Primas Emitidas	3,235,799.58
	Siniestros Brutos	6,872,569.27
	%	16.27%
	% Sin. Brutos	1,118,167.02
	<b>Estimacion de Req.</b>	
	- RAMO DE SALUD (Anexo 9-4)	3,235,799.58
	La alternativa para el RBS es en base primas	
	- INVERSIONES (Anexo 9-10)	-
<b>I.-</b>	<b>SUMA REQUERIMIENTO BRUTO DE SOLVENCIA</b>	<b>3,235,799.58</b>
	<b>DEDUCCIONES</b>	
DECIMA NOVENA	DEDUCCIONES REGLAMENTARIAS (Anexo 9-12)	-
VIGESIMA	- DEDUCCIONES DE RESERVAS TECNICAS ESPECIALES AUTORIZADAS POR LA SHCP	
<b>II.-</b>	<b>SUMA DEDUCCIONES</b>	<b>-</b>
<b>III.-</b>	<b>CAPITAL MINIMO DE GARANTIA = I - II</b>	<b>3,235,799.58</b>
<b>IV.-</b>	<b>ACTIVOS COMPUTABLES AL CMG</b> (Anexo 9-13)	<b>4,534,119.60</b>
<b>V.-</b>	<b>MARGEN DE SOLVENCIA (FALTANTE EN COBERTURA) = IV - III</b>	<b>1,298,320.02</b>

En consecuencia, el cálculo del límite máximo de retención es el siguiente:

## CALCULO DEL LÍMITE MÁXIMO DE RETENCIÓN PARA ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.

CÁLCULADO CON BASE EN LA PROYECCIÓN DE 9999, DEL CAPITAL MÍNIMO DE GARANTÍA AL 31/12/9999

CONCEPTO	MONTO
SALDO PROYECTADO AL 31/12/9999, DE LA RESERVA DE PREVISIÓN	
MONTO TOTAL DE LOS ACTIVOS COMPUTABLES AL CAPITAL MÍNIMO DE GARANTÍA	\$ 4,534,119.60
MONTO TOTAL DEL MARGEN DE SOLVENCIA	\$ 1,298,320.02
MONTO TOTAL DE ACTIVOS COMPUTABLES AL CAPITAL MÍNIMO DE GARANTÍA, EN EXCESO A LOS LÍMITES DE INVERSIÓN	
PORCENTAJE A APLICAR PARA RETENCIÓN LEGAL	5.00%
LÍMITE MÁXIMO DE RETENCIÓN (LMR), DEFINIDO COMO: <b>LMR = 5% * (RvaPrev + AcCMG + aExcCMG)</b>	\$ 226,705.98

Esto Significa que, toda póliza que contemple una responsabilidad máxima por parte de la Aseguradora de hasta \$ 226,705.98, puede ser retenida al 100% por la Aseguradora, siendo esto consecuente con la política establecida por la Aseguradora. Es importante mencionar, que este límite de retención es para riesgos de los denominados como de Gastos Médicos Menores como de los que incluyan hospitalización en su cobertura.

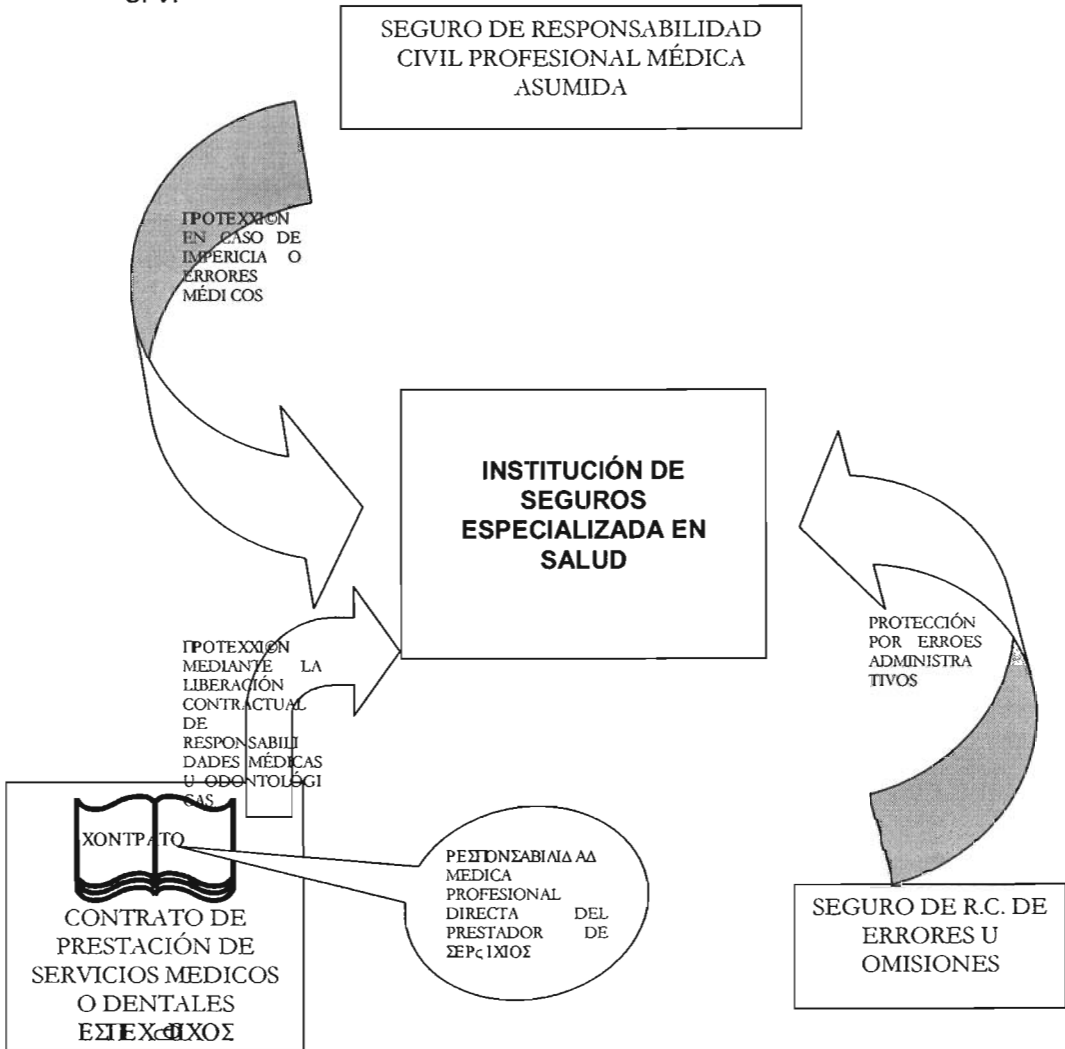
Con el fin de controlar la diversificación de los riesgos inherentes a los contratos que se celebren, así como el vigilar la seguridad de las operaciones que se solicita autoricen, en su momento se analizará la cartera que se integre en la Compañía, a efecto de determinar la retención máxima en un solo riesgo, por cada caso de servicios prestados.

Anualmente, y con sujeción a la legislación vigente, la Compañía fijará su límite máximo de retención tomando en cuenta el volumen de sus operaciones, la calidad y el monto de sus recursos, las características de los riesgos que se asumen en los contratos de seguros, la composición de servicios proporcionados, que en su momento presente la cartera y las políticas que se apliquen, y en su caso, ceder o aceptar reaseguro, tanto del país como del extranjero, y se hará del conocimiento de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para su debido registro, control y vigilancia.

### **III.5. Responsabilidad Civil**

Debido a que en la operación de una I.S.E.S., se establecen relaciones profesional Médico-Paciente, se hace indispensable que dicha Institución prevenga situaciones de responsabilidades médicas por impericia o mala práctica médica, en este sentido las reglas de operación de este tipo de seguros obligan a establecer mecanismos que la institución empleará para respaldar la responsabilidad civil profesional de profesiones médicas que, en su caso, pudiera llegar a incurrir en el desempeño de sus actividades. En este sentido, la Institución Aseguradora establece el:

ESQUEMA DEL MANEJO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA, QUE SE MANEJARÁ COMO MECANISMO DE PROTECCIÓN DE LA EMPRESA, RESPECTO DE LA IMPERICIA, O INEFICIENCIA EN LA PRÁCTICA MÉDICA PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y PRESTADORES DE SERVICIO MÉDICOS DE LAS REDES DE ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S. A. DE C. V.





En EL esquema planteado, la protección financiera de la Aseguradora comprendería:

**1. Contrato de Prestación de Servicios Médicos o Dentales:** Cada vez que la Institución de Seguros Especializada en Salud, recluta a un profesional de los Servicios Médicos u Odontológicos, se incluye en el clausulado del Contrato relativo la Cláusula siguiente:

QUINTA.- “LA EMPRESA”, no será responsable por los daños y perjuicios que ocasione “EL PROFESIONISTA” a los usuarios por negligencia, descuido, impericia ó dolo dentro de la aplicación de un procedimiento determinado. En consecuencia “LA EMPRESA”, queda liberada de toda responsabilidad civil y penal por lo que “EL PROFESIONISTA” contratará un seguro de riesgos profesionales, el cuál debe amparar los daños y perjuicios ocasionados a consecuencia de la mala aplicación de los conocimientos de “EL PROFESIONISTA”.

**2. Seguro de Responsabilidad Civil Profesional de Responsabilidad Médica Asumida:** Con este seguro, la Institución de Seguros Especializada en Salud, establecerá un mecanismo de protección en su propio beneficio, a efecto de que en caso de la eventualidad que el profesional de los servicios médicos odontológicos, perteneciente a la Red externa de Prestadores de Servicios con que cuenta la Institución de Seguros, incurriera en alguna situación de negligencia, descuido, impericia ó dolo dentro de la aplicación de un procedimiento determinado y si dicho profesionista llegara a ser demandado y, si llegara a ocurrir que alguna autoridad fincara responsabilidad alguna a la Institución de Seguros Especializada en Salud, o bién si el Prestador de Servicios llegara a hacer caso omiso a su responsabilidad; la Institución de Seguros Especializada en Salud, responderá positivamente al Asegurado, en forma directa, precisa y oportuna a efecto de solventar con el apoyo del resto de su propia Red, la eventualidad motivo de la controversia; independientemente de que en su caso, subrogue sus derechos legales, financieros y/o económicos en contra del Prestador de Servicios originario de la situación del conflicto.

**Seguro de Errores u Omisiones:** Este es un mecanismo de protección que, la Institución de Seguros Especializada en Salud, establece a efecto de proteger económicamente y financieramente, el sano desarrollo de la empresa protegiéndola contra cualquier eventualidad que pudiera generarse en el Centro de Atención Telefónica, en el Servicio Médico Telefónico, bien por cualesquiera otras fallas en los procedimientos administrativos o de

servicios en que puedan incurrir los empleados de la Institución de Seguros Especializada en Salud.

### **III.6. Subsistema de Vigilancia a Normas**

#### **III.6.1. Administración de Responsabilidades ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.**

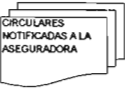



Con el fin de mantener legal, financiera y operativamente sano el Sector Asegurador, la legislación vigente impone a las Aseguradoras obligaciones, la entrega de información documental, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cual establece un mecanismo de vigilancia, seguimiento y control de cada una de ellas.

Por tal motivo, es altamente recomendable la existencia de una función de vigilancia normativa delegada en un área conectora de dichas responsabilidades y que a su vez conozca e implante un Subsistema de Vigilancia de Normas, procedimientos y control de entregas a la Comisión.

Esta área, por su propia naturaleza, debe ser independiente de la función de Contraloría interna, ya que en caso de no ser así, podría darse el caso de ser juez y parte en un momento dado.

En el sentido anterior, un esquema de dicho Subsistema de Vigilancia de Normas, podría ser el siguiente:

**DISEÑO CONCEPTUAL DEL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN REQUERIDO PARA ADMINISTRAR LAS OBLIGACIONES DE CADA UNA DE LAS DIFERENTES ÁREAS O CENTROS DE COSTO DE UNA ASEGURADORA, RESPECTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN MATERIA DE SEGUROS**

FUENTE DE DATOS	PROCESOS A REALIZAR	PRODUCTOS A OBTENER	DESTINATARIO DE LOS PRODUCTOS OBTENIDOS
<p> CIRCULARES NOTIFICADAS A LA ASEGURADORA</p> <p> CIRCULARES PUBLICADAS EN EL PORTAL DE INTERNET DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS Y DEL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN</p> <p> LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGUROS REGLAMENTO DEL SEGURO DE AGENTES REGLAMENTO DE AGENTES DE SEGUROS Y DE FIANZAS</p> <p> REGISTRO DE CADA UNA DE LAS ÁREAS, SOBRE CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS Y/O SOBRE PLANES Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS</p> <p>TABLAS Y PARAMETROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LOCALIZAR, EXTRAER Y CONSOLIDAR LAS NORMAS VIGENTES EN EL SECTOR ASEGURADOR</li> <li>• CONSTRUIR UNA BASE DE DATOS DE NORMAS A CUMPLIR, Y FECHAS LÍMITES EN QUE DEBEN ENTREGARSE A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS</li> <li>• COMPLEMENTAR LA BASE DE DATOS DE NORMAS A CUMPLIR, Y FECHAS LÍMITES EN QUE DEBEN ENTREGARSE A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS CON LOS CENTROS DE COSTO DE LA ASEGURADORA, A EFECTO DE CONTROLAR EL CUMPLIMIENTO POR CADA UNO DE ELLOS</li> <li>• ALIMENTAR AL SUBSISTEMA CON LA CAPTURA DE LA INFORMACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE CADA RESPONSABILIDAD ASIGNADA A LOS CENTROS DE COSTO</li> <li>• OBTENER RESÚMEN DE NORMAS A CUMPLIR POR CENTRO DE COSTO, AL INICIO DEL CIERRE DE CADA MES</li> <li>• OBTENER RESÚMEN DE NORMAS CUMPLIDAS POR CENTRO DE COSTO, AL FINAL DEL CIERRE DE CADA MES, INCLUYENDO FECHAS DE CUMPLIMIENTO</li> <li>• REGISTRAR LOS EMPLAZAMIENTOS, REQUERIMIENTOS, ACLARACIONES, MULTAS Y RECURSOS DE REVOCACIÓN POR LA COMISIÓN</li> <li>• REGISTRAR LOS PLANES DE AUTOCORRECCIÓN CREADOS POR LA EMPRESA Y REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS</li> <li>• REGISTRAR LOS PROGRAMAS DE REGULARIZACIÓN ORDENADOS POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, ASÍ COMO EL SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BASE DE DATOS DE NORMAS A CUMPLIR, Y FECHAS LÍMITES EN QUE DEBEN ENTREGARSE A LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS, POR ÁREA DE RESPONSABILIDAD</li> <li>• SUBSISTEMAS DE CAPTURA DE DATOS SOBRE CUMPLIMIENTO DE NORMAS POR CADA ÁREA INVOLUCRADA</li> <li>• RESÚMEN DE NORMAS A CUMPLIR POR CENTRO DE COSTO, AL INICIO DEL CIERRE DE CADA MES</li> <li>• RESÚMEN DE NORMAS CUMPLIDAS POR CENTRO DE COSTO, AL FINAL DEL CIERRE DE CADA MES, INCLUYENDO FECHAS DE CUMPLIMIENTO</li> <li>• OBTENER SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE AUTOCORRECCIÓN Y PROGRAMAS DE REGULARIZACIÓN, ASÍ COMO DE LA TERMINACIÓN DE LOS MISMOS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CENTROS DE COSTO DE LA ASEGURADORA</li> <li>• DIRECCIÓN GENERAL DE LA ASEGURADORA</li> <li>• COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS</li> </ul>

Como se desprende del diagrama anterior, se trata de administrar y controlar básicamente dos funciones, a saber:

1. Administración de Responsabilidades ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
2. Programas de Autocorrección y de Planes de Regularización.

Respecto de la Administración de Responsabilidades ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, estas deben ser consideradas a la luz de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, así como de las circulares que emite dicha Comisión, en consecuencia y una vez revisados los ordenamientos legales indicados, se obtiene una matriz de responsabilidades como la siguiente:



El uso de un control de esta naturaleza, nos permite dar un seguimiento muy eficaz de las responsabilidades adquiridas como una Institución de Seguros, así mismo, nos permite saber que área de servicio requiere de apoyo para que cumplimente en forma oportuna todas y cada una de las obligaciones inherentes.

Ante un incumplimiento a las disposiciones de Ley y/o de alguna de las Circulares de la Comisión, ésta requiere a la Aseguradora que aclare por escrito la situación. A partir de dicho requerimiento la Comisión podría generar un emplazamiento, a efecto de que la Aseguradora explique lo que a su derecho convenga. Posteriormente, y casi siempre, la Comisión impone una multa a la Aseguradora. En este último caso, la Aseguradora puede interponer un recurso legal para revocar la multa, de hacerlo, y por orden expresa de la Autoridad, la Comisión suspende la multa, indicando que se reponga el procedimiento y dejando a salvo los derechos de la propia área de la Comisión que impuso la multa.

Esto debiera obligar a la Aseguradora a generar un estricto control de las diferentes interacciones con la Comisión, respecto de cada una de las opciones mencionadas en el párrafo anterior.

Dicho control puede resumirse en el cuadro siguiente:

RELACION DE EMPLAZAMIENTOS AL REGISTRO DE TEXTO Y TEXTO DE REGISTRO															
Nº	Fecha	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
1	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
2	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
3	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
4	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
5	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
6	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
7	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
8	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
9	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
10	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
11	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
12	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
13	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
14	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
15	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
16	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
17	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto
18	1997-01-15	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto	Acto

Y en forma adicional y por separado, debe considerarse el registro de cada uno de los productos registrados y las aclaraciones solicitadas por la autoridad; esto puede ser en la forma siguiente:

**RELACION DE PRODUCTOS SUSPENDIDOS  
AL 99 DE XXXXXXXXXXXXXXXX DE 9999**

Consecutivo	Fecha del Oficio	Fecha de Recepción del Oficio	Número de oficio	Asunto / Producto	Fecha de Actualización del Producto	Fecha de Acuse de Recibido	Días Transcurridos entre	
							Fecha de Recepción y Fecha de Respuesta	Días Transcurridos entre Recepción y Respuesta
1	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.3A/B	Se suspende registro número CNSF-H0709_00NM_2003 Plan Médico Dental	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
2	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.3Ae	Se suspende registro número CNSF-H0709_0002_2003 Plan Dental	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
3	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.3Ae	Se suspende registro número CNSF-H0709_0024_2004 Plan Médico	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
4	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.3Ag	Se suspende registro número CNSF-H0709_0098_2003 Plan Médico Dental	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho

**RELACION DE REQUERIMIENTOS Y ACLARACIONES  
AL 99 DE XXXXXXXX DE 9999**

Consecutivo	Fecha del Oficio	Fecha de Recepción del Oficio	Número de oficio	Asunto	Respon Respuesta		Fecha de Acuse de Recibido por parte de la C.R.S.F.	Días Transcurridos entre	
					[año]	Fecha de Respuesta		Recepción y Fecha de Respuesta	Días Transcurridos entre Recepción y Respuesta
1	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-2.1A1	Presentación de la Información correspondiente a la Cartera de Vacunas	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
2	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.1b1	Manual de Procedimientos para prevenir y detectar operaciones con recursos de procedencia ilícita	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
3	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.1A1	Cursos de Capacitación en materia de lavado de dinero	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
4	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-5.15e	Comité de Comunicación y Control	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
5	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-IV-2/2	Se emplaza por no presentar la información del SIF	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
6	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-5.2A6	Se requiere aclaración relativa a los anexos al cuaderno de valoración de reservas técnicas	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
7	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.1a1	Cursos de Capacitación en materia de lavado de dinero	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
8	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-5.2A6	Se notifica irregularidades entre SIF y CVAES	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
9	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-5.2A6	Se requiere actualización	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
10	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-5.2A6	Se requieren modificaciones a la Nota Técnica del Método Actual para la aplicación y suficiencia de la reserva de riesgos en curso de los seguros de Salud	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
11	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-2.23a	Se otorga prorroga para la entrega del Informe Largo y Opinión sobre información complementaria	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
12	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-II-1.1Ay	Cursos de capacitación se requiere información	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
13	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-3.1Aq	Se ratifica requerimiento de información sobre a entregar la totalidad de la información relativa al SIF y a los CVAES, dentro de los primeros 70 días naturales posteriores al cierre mensual	no	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho
14	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	06-367-III-2/2d	Se solicitan acciones complementarias para subsanar el informe de SIF	SI	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho	99/mes/a/ho - 99/mes/a/ho

### III.6.2. Programas de Autocorrección y de Planes de Regularización

#### Programas de Autocorrección

Actualmente las propias instituciones de seguros, y como parte de la realización de sus actividades o bien si el contralor normativo, como resultado de las funciones que tiene conferidas, detectan irregularidades o incumplimientos a lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades

Mutualistas de Seguros, y/o a las demás disposiciones legales aplicables al quehacer asegurador, pueden establecer como parte de su operación, programas específicos para autocorregir las desviaciones mencionadas.

Lo anterior es una facultad de las Aseguradoras, establecidas en el artículo 74 bis-2, de la Ley mencionada en el párrafo anterior.

Es importante mencionar que dichos programas los establecen las instituciones de seguros, y para que sean considerados en este sentido, los propios directores generales teniendo la opinión escrita del contralor normativo, deberán someter a la aprobación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, asimismo, los programas de autocorrección invariablemente se sujetan a las disposiciones de carácter general que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y deberán:

- a) Ser firmados por el contralor normativo de la institución, quien deberá presentarlos al consejo de administración en su siguiente sesión;
- b) Señalar las irregularidades o incumplimientos cometidos, indicando al efecto las disposiciones que se hayan considerado contravenidas;
- c) Detallar las circunstancias que dieron origen a la irregularidad o incumplimiento cometido, y
- d) Señalar las acciones adoptadas o que se pretendan adoptar por parte de la institución para corregir la irregularidad o incumplimiento que motivó el programa.

En el caso de que la institución requiera de un plazo para subsanar la irregularidad o incumplimiento cometido, el programa de autocorrección deberá incluir un calendario detallado de actividades a realizar para ese efecto.

Si la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas no ordena a la institución modificaciones o correcciones al programa de autocorrección dentro de los veinte días hábiles siguientes a su presentación, el programa se tendrá por aprobado en todos sus términos, para los efectos legales a que haya lugar.

Cuando la Comisión ordene a la institución modificaciones o correcciones con el propósito de que el programa se apegue a lo establecido en el presente artículo y demás disposiciones aplicables, la institución contará con



un plazo de cinco días hábiles contados a partir de la notificación respectiva para que subsane dichas deficiencias.

De no subsanarse las deficiencias a las que se refiere el párrafo anterior, el programa de autocorrección se tendrá por no presentado y, en consecuencia, las irregularidades o incumplimientos cometidos no podrán ser objeto de otro programa de autocorrección.

Durante la vigencia de los programas de autocorrección que hubiere aprobado la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ésta se abstiene de imponer a las instituciones las sanciones previstas en la Ley, por las irregularidades o incumplimientos cuya corrección contemplen dichos programas.

El contralor normativo deberá dar seguimiento a la instrumentación del programa de autocorrección aprobado e informar de su avance tanto al consejo de administración y al director general de la institución como a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la forma y términos que ésta establezca en las disposiciones de carácter general que al efecto emite. Lo anterior, con independencia de la facultad de la Comisión para supervisar, en cualquier momento, el grado de avance y cumplimiento del programa de autocorrección.

Si como resultado de los informes del contralor normativo o de las labores de inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ésta determina que no se subsanaron las irregularidades o incumplimientos objeto del programa de autocorrección en el plazo previsto, la Comisión, con independencia de que aplique las sanciones que correspondan, solicitará a la institución un plan de regularización en los términos establecidos en el artículo 74 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

A manera de ejemplo, se muestra el documento siguiente, mismo que detalla la forma y términos en que deben elaborarse dichos programas.

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS  
DIRECCIÓN GENERAL DE SUPERVISIÓN FINANCIERA  
Insurgentes Sur No. 1971, Torre Norte 2do. Piso,  
Col. Guadalupe Inn,  
Delegación. Álvaro Obregón  
C. P. 01020, México, D.F.

Af'n. : <Titular de la Dirección>

---

Como es de su conocimiento, esta Institución inició operaciones el 99 de xxxxxxx de 9999, y el 99 del mismo mes y año, recibió sobre la base de un contrato de cesión de cartera con La Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S. A. de C. V., el traspaso del cien por ciento de la cartera de ésta última, tipificada como de "Operaciones Activas de Seguros" y que hasta esa fecha había administrado.

**Incumplimiento.-** Probable Omisión de reserva de Obligaciones Pendientes de Cumplir.

**Disposición legal contravenida.-**

1. Artículos 46, 52, 53, 57, 89 y demás relativos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y

2. Las Circulares siguientes:

- a. S-10.6.4, en donde se dan a conocer disposiciones de carácter general para establecer la forma y términos en que deberán presentar la información de la valuación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir,
- b. S-10.6.6, en la que se dan a conocer Disposiciones de carácter general para el registro de métodos actuariales para la estimación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir de siniestros respecto de los cuales los asegurados no han comunicado valuación alguna.
- c. S-10.1.2, Se dan a conocer Disposiciones de carácter general para el registro de los métodos actuariales de valuación y suficiencia de la Reserva de Riesgos en Curso de los seguros de Daños y Accidentes y Enfermedades.

Y las Circulares relativas a la materia.

**Circunstancias que dieron origen al incumplimiento.-** Como parte importante del contrato de traspaso, se estableció que la Institución de Seguros instrumentaría el cálculo, registro, deposito en cuentas independientes de otro u otros conceptos financieros y/o económicos de cada una de las reservas Técnicas que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros ordena constituir.

Sin embargo, dado que la administradora registra su información al ocurrir el cobro, y de éstas no existía una normatividad que la obligara a proceder de una forma estricta en su registro, entonces se generaba un atraso en el registro y contabilización que de una u otra forma los prestadores de servicios lo tomaban con naturalidad. Sin embargo, al crearse la Aseguradora, entra en la normatividad en seguros y se finca la responsabilidad de calcular y registrar las reservas técnicas de Ley, se hace necesario:

1. Conocer cuantos y cuales siniestros existen
2. Conocer cada caso reclamado,
3. Conocer la procedencia o improcedencia de cada uno de ellos
4. Revisar cada caso registrado y traspasado a la Aseguradora
5. Revisar la forma en que se determina el monto del reclamo

Recientemente se ha identificado toda esta situación, por lo cual se plantea elaborar un plan de trabajo para que en su caso se reconozca e integre la OPC correspondiente. Y en consecuencia, afectar los resultados obtenidos en los estados financieros de la Aseguradora.

**Acciones a seguir para corregir el incumplimiento.-** Se detallan en el Programa anexo.

**Fecha propuesta para el cumplimiento del presente Programa.-** De conformidad con el programa anexo, se iniciarán las actividades el 99/99/9999, y terminará el 99/99/9999.

El programa de autocorrección ha sido revisado por las áreas responsables involucradas y por el Contralor Normativo y será presentado al Consejo de Administración en su siguiente sesión.

**OPINIÓN DEL CONTRALOR NORMATIVO:**

El presente programa de Autocorrección cumple con los requisitos establecidos en el artículo 74 Bis-2 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

El presente programa se promueve con base y fundamento en el artículo 74 Bis-2 por lo que se solicita a esa H. Comisión se abstenga de imponer sanción alguna derivada del incumplimiento que lo motiva, toda vez que el mismo no se encuentra dentro de ninguno de los supuestos que señala el precepto legal antes mencionado como irregularidades que no puedan ser materia de programas de autocorrección.

Sin más por el momento, agradeciendo la atención que se sirva dar a la presente, quedo a sus órdenes para atender toda duda o aclaración que al respecto surja.

Atentamente,

Vo. Bo.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Director General

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Contralor Normativo

C.c.p. <Titular de la Dirección>.- Director General de Supervisión del Seguro de Salud, Insurgentes Sur No. 1971, Torre Norte 1er. Piso, Col. Guadalupe Inn, Deleg. Alvaro Obregón, C.P. 01020, México, D.F.

El plan de trabajo que se anexó a la solicitud del programa de autocorrección anterior, es el que se muestra a continuación:



## **Planes de Regularización**

Por otro lado, si es la propia Comisión de Seguros y Fianzas quien como resultado de sus labores de inspección y vigilancia, es quien determina irregularidades de cualquier tipo en la operación de una institución distintas a las señaladas en el artículo 74 de la Ley, con independencia de las sanciones que proceda imponer y de que pueda adoptar en cualquier momento una o varias de las medidas a que se refiere el artículo 74 Bis-1 de la Ley, concederá a la institución un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha de la notificación para que ésta exponga lo que a su derecho convenga y someta a su aprobación un plan de regularización para subsanar las irregularidades detectadas.

El plan de regularización a que se refiere el párrafo anterior deberá hacerse del conocimiento del contralor normativo de la institución de manera previa a que sea presentado a la consideración de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para su aprobación.

Dicho plan de regularización deberá contener, al menos, los siguientes elementos:

- a) Las medidas administrativas, financieras y de cualquier otro orden que la institución adoptará para corregir las situaciones que hayan originado las irregularidades detectadas motivo del plan;
- b) El programa de capitalización que, en su caso, requiera la solución de la problemática detectada;
- c) Los objetivos específicos que persigue el plan, y
- d) El calendario detallado de actividades para su ejecución.

Las irregularidades que se sujeten al plan de regularización que apruebe la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, no serán objeto de las sanciones que correspondería aplicar a las infracciones que respecto a las mismas se cometan durante el periodo de vigencia de dicho plan.

El contralor normativo deberá dar seguimiento al plan de regularización que autorice la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, debiendo mantener informado de su avance al consejo de administración y al director general de la institución, así como a la propia Comisión.

Si una vez transcurrido el plazo otorgado dentro del plan de regularización la institución no hubiere subsanado la irregularidad que dio origen al plan, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, independientemente de las sanciones que proceda imponer, podrá, en protección del interés público, ordenar a la institución que informe a sus asegurados sobre el incumplimiento del plan, en la forma y términos que la propia Comisión determine.

Un bosquejo de uno de estos planes de regularización es el siguiente:

México, D. F., a 25 de mayo de 2004

**COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS**  
**DIRECIÓN GENERAL DE SUPERVISIÓN FINANCIERA**  
Insurgentes Sur No. 1971, Torre Norte 2do. Piso,  
Col. Guadalupe Inn,  
Delegación. Alvaro Obregón  
C. P. 01020, México, D.F.

At'n. : Lic. Cristina Rohde Farauto

xxxxxxxxxxxxxxxxxx, en mi carácter de Director General de la Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V. y xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx en mi carácter de Contralor Normativo de la misma Institución, personalidad que tenemos debidamente acreditada ante esta H. Comisión, señalando como domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Col. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx C. P. 99999, México, D.F., con el debido respeto comparecemos ante ustedes para exponer:

Que con fundamento en lo dispuesto por el artículo 74 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, presentamos para su aprobación el presente:

**Plan de Regularización para Subsanar la Irregularidad de No Haber Presentado a la C.N.S.F., el Informe Corto, El Informe Largo, La Opinión Complementaria Y Otras Opiniones Referentes a los Estados Financieros del ejercicio 9999.**

Respecto del plan de regulación para subsanar las irregularidades detectadas, someto a su consideración el que se detalla a continuación:

1. Medidas administrativas y financieras que la institución adoptará para corregir las deficiencias detectadas:
  - a. Establecer una Coordinación más eficiente para atender las Auditorías Externas y de la propia C.N.S.F.
2. Objetivos Específicos del Plan:

Entregar dentro de los tiempos establecidos por la legislación vigente, los reportes de Auditoría a la C.N.S.F.

1. Calendario para cumplir con el compromiso del cierre 9999:

Me permito informar a usted que, de conformidad con la **documentación que obra en nuestro poder, el Auditor financiero entregó directamente a esa H. Comisión, los informes en comento, en las fechas siguientes:**

- a) El día 30 de abril, entregó los anexos 30, 31, 32, 33 y 34 relativos a la Auditoría indicada.
- b) El día 7 del mes en curso, entregó Dictámenes de los Auditores y del Comisario.
- c) El día 7 del mes en curso, entregó el Informe Largo y Opinión relativos a la auditoría practicada.

A mayor abundamiento, anexo copias fotostáticas de los acuses de recibo de la información entregada.

El presente programa de regulación ha sido revisado por las áreas responsables involucradas y por el Contralor Normativo y será presentado al Consejo de Administración en su siguiente sesión.

Atentamente,

Director General

Vo. Bo.

Contralor Normativo

### III.2.5.3. RESUMEN DE LA METODOLOGIA REQUERIDA PARA EL CÁLCULO DE LA RESERVA DE OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR

METODOLOGIA PARA EL CÁLCULO DE LA RESERVA DE OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR		COMENTARIOS U OBSERVACIONES	ARTICULO DE LA LEY O CIRCULARES DE LA C.N.S.F. APLICABLE AL PROCEDIMIENTO	
			NUMERO DE CIRCULAR O DE ARTICULO DE LA LEY	TEXTO RELATIVO
<p>1. LA I.S.E.S. REGISTRA SOLICITUD DE SERVICIOS</p> <p>2. VERIFICAR Y REGISTRAR DATOS DEL ASEGURADO Y DEL CONTRATANTE INVOLUCRADO</p> <p>2.1. REGISTROS DE "SIEMES TROS" OCURRIDOS</p> <p>3. ESTADÍSTICAS POR TIPO DE SERVICIO FLETO O POR DIAGNOSTICO POR TRATAMIENTO, ETC.</p> <p>4. REGISTRO HISTORICO INDIVIDUAL DE LA RESERVA DE O.P.C. POR CASOS EN VALUACION PREVIA</p> <p>ELABORA POLIZA DE OBLIGACIONES RELATIVO A LAS CONSTITUCIONES DE O.P.C.</p>		<p>En el artículo invocado(50), la Ley obliga a constar reservas por siniestros ocurridos, en el caso de los Seguros de Salud, estos se refieren a los Servicios Médicos garantizados por la Póliza, que en el sentido estricto de la palabra no son Siniestros sino Servicios Médicos Proporcionados.</p> <p>En estos casos debemos proceder de conformidad con el inciso "c" del artículo mencionado, y de acuerdo con la Ley, como lo establece en los Seguros de Daños, para lo cual debe mos realizar lo indicado en el punto tres del inciso "b", y estimar la reserva en el momento en que la I.S.E.S. tome conocimiento por primera vez del requerimiento del Asegurado.</p> <p>Lo anterior, ya que no se conoce una valuación de la obligación fijada, es decir, la reserva de O.P.C. ya que la misma representa la provisión requerida por la regulación para hacer frente a los riesgos y a las obligaciones de la I.S.E.S. con lo que en el momento demanda el asegurado.</p>	<p>ARTICULO 50, DE LA LEY 16.711</p>	<p>Las reservas para obligaciones pendientes de cumplir serán:</p> <p>a). Por pólizas vencidas, por siniestros ocurridos, y por reportes periódicos de utilidades, ...debiendo estimarse conforme a las bases siguientes:</p> <p>a). Para las operaciones de vida, ...</p> <p>b). Para las operaciones de daños:</p> <p>1.- Si se trata de siniestros en los que se ha llegado a un acuerdo por ambas partes, los valores convenidos;</p> <p>2.- Si se trata de siniestros que han sido valuados en forma distinta por ambas partes, el promedio de esas valuaciones;</p> <p>3.- Si se trata de siniestros respecto de los cuales los asegurados no han comunicado valuación alguna a las instituciones, la estimación se realizará con métodos actuariales basados en la aplicación de estándares generalmente aceptados. Las instituciones de seguros deberán registrar dichos métodos ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de acuerdo a las disposiciones de carácter general que al efecto emita la propia Comisión. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas queda facultada, en este caso, para rectificar la estimación hecha por las empresas; Para las operaciones de accidentes y enfermedades se procederá como en las de vida, cuando se trate de capitales o rentas aseguradas por muerte o por incapacidad y como en las de daños en los demás casos:</p> <p>.....</p> <p>La reserva referida, deberá constituirse inmediatamente después de que se hayan hecho la estimación correspondientes...</p>
<p>CONSTITUCIÓN DE LA RESERVA DE OBLIGACIONES PENDIENTES DE CUMPLIR, POR SERVICIOS EN DONDE NO EXISTE UNA VALUACIÓN PREVIA DEL COSTO TOTAL DE LOS SERVICIOS SOLICITADOS</p>		<p>1.- El Asegurado se comunica con la I.S.E.S., solicitando uno de los servicios amparados por la Póliza.</p> <p>2.- La I.S.E.S. VERIFICA en su Sistema que las características del Servicio Solicitado y las del Asegurado y contratante de que se trate concuerde con los servicios contratados en la póliza contratada vigente</p> <p>2.1.- La I.S.E.S. registre en su Sistema los Servicios Solicitados y autorizados.</p> <p>3.- Al momento de registrar los datos del servicio solicitado, se estima la reserva de la O.P.C., en base a los elementos técnicos y/o médicos que cuente la empresa y registre ante la C.N.S.F.</p> <p>4.- Registro contable de las reservas constituidas y, armado del archivo histórico de la reserva de O.P.C</p>		



#### **Capítulo IV. Certificación e inicio de Operaciones**

Una vez que la Aseguradora ha sido autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar el ramo de Salud, será visitada por la Comisión, para que dicha Aseguradora le acredite con la documentación y soportes respectivos que:

1. Cuenta con la estructura organizacional señalada en la solicitud de autorización presentada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, considerando la descripción de puestos que precisen las responsabilidades en el proceso de operación del ramo de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.
2. Las acciones tomadas para constituir el Comité de Inversiones al que se refiere la quincuagésima primera de las Reglas mencionadas, debiendo remitir a esta Comisión, en su oportunidad, copia del acta de designación respectiva.
3. Cuenta con la ratificación del Contralor Médico por parte de la Secretaría de Salud, de conformidad con la décima novena de las Reglas citadas.
4. Que tiene previsto el espacio físico, así como la política y procedimientos de contratación, capacitación y actualización del personal y de los agentes, necesarios para el inicio de operaciones.
5. Cuentan con redes de servicios con una distribución territorial congruente con los lugares donde se comercialicen y suscriban los seguros de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.
6. Que tiene establecido un mecanismo para la atención de quejas de los asegurados.
7. Cuenta con infraestructura propia o contratada para prestar los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre la institución, así como procedimientos precisos y claros para que los asegurados tengan acceso oportuno a dichos servicios.
8. Cuentan con un mecanismo o modalidad para respaldar la responsabilidad civil que la institución pudiera llegar a incurrir en el desempeño de sus actividades.
9. Que cuentan con los sistemas automatizados siguientes:

- a. Sistemas estadísticos.
- b. Sistemas de emisión de pólizas y endosos.
- c. Sistemas contables y financieros.
- d. Sistema de agentes.
- e. Sistemas de reservas técnicas.
- f. Sistema de reaseguro.
- g. Sistema de proveedores de servicios.
- h. Cuenta con equipo de cómputo, sistemas automatizados, procedimientos operativos de control, consulta, resguardo, organización y mantenimiento de la información, así como personal capacitado para operar los sistemas relativos a la operación de los seguros de Salud y, en su caso, de Gastos Médicos.
- i. Desarrollo de sistemas propios o adquiridos.
- j. Seguridad de la información de los sistemas.
- k. Breve descripción de las normas y procedimientos de seguridad de la información.
- l. Soporte técnico, operativo y de respaldo, incluyendo una breve descripción de las normas y procedimientos para el soporte a los sistemas señalados incluyendo copia de los contratos de mantenimiento de equipo de cómputo, comunicaciones y software.
- m. Manuales de documentación de los equipos, incluyendo evaluación de la capacidad de los mismos respecto de la operación de los sistemas señalados.

El desarrollo de las actividades mencionadas, implican una planeación estratégica perfectamente dimensionada, a efecto de medir apropiadamente los avances logrados por cada área de responsabilidad.

En resumen, se tratará de obtener un esquema de control de actividades por área de responsabilidad, como el siguiente:

CONTROL DE COMPROMISOS CUMPLIDOS POR ÁREA DE RESPONSABILIDAD							
PROGRAMA DE TRABAJO PARA ASESORAR LO QUE SE VA A HACER POR LA CIRCULAR 9-244 DE LA C.A.S.F. RESPECTO DE LA VENTA DE INSURANCIAS POR FAVOR DE OPERACIONES EN LA ASSEURADORA DE RECURSOS DE SALUD							
ÁREA: DIRECCIÓN							
COMENTARIO	CLÁUSULA DE LA CIRCULAR 9-244	META A OBTENER	FACTOR DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO DE LA META			OBSERVACIONES
				FECHA PROGRAMADA	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	
1	PRIMERA: Que concuerde con la estructura organizacional establecida en la solicitud de autorización presentada a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, considerando la designación de puestos que permitan las responsabilidades en el proceso de operación del ramo de salud.	1- ORGANIGRAMA JERÁRQUICO, 2- MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS					
2	SEGUNDA: Que se establezca formalmente para tenerse al tanto de los cambios en el plan de trabajo de los departamentos, así como de los cambios en el personal que se encuentren en el proceso de designación respectiva.	INTERVENIR EL COMITÉ, NOMBRADO A CADA UNO DE LOS DEPARTAMENTOS Y SUS FUNCIONES					
3	TERCERA: Que se establezca un mecanismo o procedimiento para realizar el seguimiento a los compromisos que se establecieron en el momento de la autorización.	CONTRATAR UN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL, CON LA COBERTURA MÍNIMA NECESARIA					
4							
5							
6							
7							

Esto conlleva a establecer un estándar de documentación de la planeación y ejecución de las actividades a desarrollar por cada área.

Una vez que se ha concluido con todas las actividades de cada área, se entrega toda la documentación a la Comisión y ésta puede solicitar aclaraciones o complementos a lo desarrollado, como en el caso siguiente se muestra:

México D. F. a z9 de xxxxxxxxxxx de 9999

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas  
Dirección General de Supervisión del Seguro de Salud  
Dirección de Inspección del Seguro de Salud  
Insurgentes Sur 1971, Torre 1 Sur, 1er. Piso  
Col. Guadalupe Inn  
01020, México, D. F.

At'n.: <Titular de la Dirección>

Asunto: Se envía documentación soporte que complementa la Solicitud de Visita de Certificación

En relación al asunto mencionado al rubro, me permito informar a usted que efectivamente en nuestros sistemas, contamos con la instrumentación necesaria respecto de:

- Desarrollo de sistemas propios o adquiridos
- Seguridad de la información de los sistemas
- Soporte técnico, operativo y de respaldo
- Equipos

Dicha instrumentación se ha desarrollado con posterioridad a nuestros comunicados con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y con esa Honorable Comisión, razón por la cual esta es la primera ocasión que remitimos los documentos que avalan la instrumentación en comento.

El detalle documental de nuestros sistemas, así como todo lo relativo a los sistemas de seguridad, soporte técnico y equipo de cómputo asignados para la operación de la Aseguradora de Seguros de Salud, S. A. de C. V., se especifican en el documento que denominamos "Información de Sistemas", mismo que adjunto a la presente.

Esperando que lo anterior merezca su conformidad, me reitero a sus apreciables órdenes para atender cualquier duda, observación o sugerencia que al respecto nos plantee.

Atentamente,

Director General

Una vez que se ha notificado a la Comisión, ésta procede a desarrollar una visita de inspección, comunicada mediante oficio específico que es entregado al momento de la visita, que de conformidad con la Circular S-24.4, por la que se dan a conocer los requisitos que deberán cumplir para su certificación las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud, y cuyo fin ulterior, es el emitir su opinión respecto de si la Aseguradora está en condiciones de iniciar operaciones. Los oficios de comunicación de las visitas de inspección deben contener:

- I. Lugar y fecha de su expedición;
- II. Nombre y domicilio de la persona física o moral a quien habrá de practicarse la visita;
- III. Disposiciones legales en que se funda la visita, y
- IV. Nombre de la persona designada para practicar la visita de inspección.

Esta es entonces, la primera visita que en la vida de la Aseguradora realizará la Comisión. En el desarrollo de la visita, la Comisión corroborará que se tienen instrumentados, funcionando y perfectamente delimitados con su responsable directo cada uno de los puntos mencionados en el inicio del presente capítulo.

Tanto en la primer visita como en todas aquellas relativas a inspección y vigilancia, la Aseguradora es visitada con objeto de revisar, verificar, comprobar y evaluar los recursos, obligaciones, patrimonio, así como las operaciones, funcionamiento, sistemas de control y en general, todo lo que pudiendo afectar la posición financiera, actuarial, de reaseguro y legal, conste o deba constar en los registros, a fin de que se ajusten al cumplimiento de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables y la observancia de los usos y sanas prácticas en la operación y funcionamiento.

En consecuencia, al término de la visita se genera un informe con las características propias de un Acta, en la que la Comisión, una vez aclarado con el responsable directo de cada área, cada punto contenido en el acta, manifiesta los hechos encontrados, debiendo contener cuando menos, lo siguiente:

- I. La referencia a los objetivos de la visita practicada y la fecha a que ella corresponde;
- II. Los antecedentes del asunto objeto de la visita;
- III. Los resultados de la visita, con una exposición objetiva de las situaciones y hechos determinados, y
- IV. Las conclusiones.

El contenido global de dicho informe o Acta, en forma global, y para este tipo de visita podría contener los puntos siguientes:

1. **Constitución de la sociedad.**- Forma y términos en que se protocolizó la Constitución de la sociedad, detallando las particularidades en que la Secretaría d Hacienda y Crédito Público, aprobó la escritura constitutiva de la Sociedad y el objeto social de la misma, la descripción de cada socio y los términos de su participación en la Aseguradora, así como la evolución de las incidencias de las reuniones de las Asambleas ordinarias y/o extraordinarias que a la fecha se hubiesen desarrollado, así como el registro de las mismas en el libro de actas. Proporcionando toda la documentación legal sobre el cumplimiento de las obligaciones económicas y/o financieras que a la fecha debieran tenerse.
2. **De la organización y prestación del servicio.**- Estructura Organizacional, Constitución del Comité de Inversiones, Ratificación del Contralor Médico, Espacio físico, políticas y procedimientos de contratación, actualización y capacitación del personal y de agentes, Distribución territorial de las redes de servicios, procedimiento de atención de quejas y reclamaciones, Infraestructura para prestar los servicios, Mecanismo o modalidad para respaldar la responsabilidad civil.
3. **De los sistemas automatizados.**- Sistema Estadístico, Sistema de emisión de pólizas y endosos, Nota Técnica y Documentación Contractual, Sistemas contables y financieros, Sistema de agentes, Sistemas de Reservas Técnicas: Responsable, Reserva de riesgos en curso, Reserva para obligaciones pendientes de cumplir, Capital Mínimo de Garantía y Requerimiento Bruto de Solvencia. Sistema de Reaseguro, Sistema de proveedores de servicios, Desarrollo de Sistemas propios o adquiridos, Seguridad de la información de los Sistemas, Soporte Técnico, Operativo y de Respaldo, Equipo
4. Por último se hace constar el cierre del informe o Acta, dando fé de los hechos el funcionario de la Aseguradora, el personal de la Comisión que desahogo la visita y dos testigos.

Una vez concluida la visita de inspección y levantada el acta, la Comisión procede a entregar la documentación para que la nueva Aseguradora inicie sus operaciones, dicha documentación comprende: 1.- Autorización para que la empresa funcione como una Aseguradora, 2.- El número de identificación definitivo, y la comunicación sobre la obligatoriedad de cumplir con los sistemas de información de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, 3.- El registro de los funcionarios responsables.

La documentación que instrumenta este último paso de la creación de la Institución de seguros especializada en Salud, es la siguiente:



SECRETARÍA PARTICULAR

196-51910  
731.15

INSTITUCIONES DE SEGUROS ESPECIALIZADAS  
EN SALUD. Se otorga autorización para  
funcionar con ese carácter a la que se indica.

México, D.F., 2ª de ... de ...

"2003. Año del CCL Aniversario del  
Natalicio de Don Miguel Hidalgo y Costilla,  
Padre de la Patria".

C Aseguradora de L SEGUROS DE  
SALUD, S.A. DE C.V.

Attn: Lic.  
Rep.

Esta Secretaría con oficio 388-IV-... del 1... de junio pasado, expresó  
su conformidad para que se constituyera una institución de seguros especializada  
en salud, bajo la denominación de ~~Grupo~~ Internacional Seguros de Salud, S.A. de C.V.  
la cual tendrá por objeto social ~~la prestación de~~ la prestación de seguros de la operación de  
accidentes y enfermedades, en el ramo de salud, contará con un capital social  
variable, siendo el mínimo fijo sin derecho a retiro la cantidad de \$5'325,000.00 y  
su domicilio social estará en la Ciudad de México, en términos del proyecto de  
estatutos sociales que nos exhibieron y respecto del cual se les manifestó nuestra  
opinión favorable.

En virtud de lo anterior, el Lic. Ramón Taboada Pizarro, con escrito del  
20 de diciembre anterior, formalizó a ~~su nombre~~ su nombre el acta de constitución notarial  
No. 844 ~~del 1 de junio de 2003~~, del (ramo citado, ante la fe del Notario Público No. 20  
del Distrito Federal, Lic. ~~...~~, en donde se contiene la constitución  
de ~~...~~ Seguros de Salud, S.A. de C.V. así como sus estatutos  
sociales.

Toda vez que la solicitud de autorización para que  
Seguros de Salud, S.A. de C.V. se organice y funcione como una institución de



SECRETARÍA PARTICULAR

101-010000  
731.1

Hoja No. 2

seguros especializada en la operación de seguros de accidentes y enfermedades, en el ramo de salud, reúne los requisitos legales aplicables para el otorgamiento de dicha autorización, y después de escuchar la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, esta Secretaría, con fundamento en los artículos 31, fracciones VIII y XXV de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, así como 1º, 2º, 5º, 7º, fracción II, inciso c) y penúltimo párrafo, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y 6º, fracción XXII del Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en relación con lo previsto en las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 24 de mayo del 2000, ha resuelto dictar la siguiente:

**\*AUTORIZACIÓN QUE OTORGA EL GOBIERNO FEDERAL, A TRAVÉS DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO, A LA INSTITUCIÓN DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V., PARA ORGANIZARSE Y FUNCIONAR COMO INSTITUCIÓN DE SEGUROS ESPECIALIZADA EN SALUD, EN LOS TÉRMINOS SIGUIENTES:**

**ARTÍCULO PRIMERO.** - En uso de la facultad que al Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, confiere el artículo 5º de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, esta Secretaría autoriza a la Institución de Seguros de Salud, S.A. de C.V. para organizarse y funcionar como institución de seguros especializada en salud.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** - La institución de seguros está autorizada exclusivamente para practicar la operación de seguros de accidentes y enfermedades, en el ramo de salud.

**ARTÍCULO TERCERO.** - La institución de seguros se sujetará a las disposiciones de las Leyes Generales de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de Sociedades Mercantiles, de Salud, en lo conducente, a las Reglas de Operación del Ramo de Salud, así como a las demás que le sean aplicables y, en particular a las siguientes bases.



SECRETARÍA PARTICULAR

191.- [ 731.17

Hoja No. 3

I.- La denominación será Seguros de Salud, Sociedad Anónima de Capital Variable.

II.- El capital social será variable de acuerdo a lo siguiente:

a).- El capital mínimo fijo sin derecho a retiro será la cantidad de \$5'325,000.00 (CINCO MILLONES TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS 00/100) Moneda Nacional.

b).- El capital variable con derecho a retiro en ningún caso podrá ser superior al capital pagado sin derecho a retiro.

III.- El domicilio social de la institución de seguros será la Ciudad de México, Distrito Federal.

ARTÍCULO CUARTO - Por su propia naturaleza esta autorización es intransmisible.\*

Atentamente,  
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN  
El Secretario,

  
L.c. José Francisco Gil Díaz





SECRETARÍA DE HACIENDA Y CREDITO PÚBLICO  
COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

"2003. Año del CCL Aniversario del Natalicio de Don Miguel Hidalgo y Costilla, Padre de la Patria".

México, D.F. a - u - jul. 2003

DIRECCION GENERAL DE SUPERVISION FINANCIERA  
DIRECCION DE VIGILANCIA FINANCIERA  
Subdirección de Vigilancia Financiera  
Exp. 731.1  
06-367-III-2.1/4882

COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS  
RESPACHADO

03

OFICIO, ARCHIVO, COPIAS, E REP. AL SEGURO

ASUNTO: Se otorga número de identificación definitivo y se comunica entrega de sist

IMM, S.A. D.F.V.

SALUD, S.A. DE C.V.

EDITO CONSTRUCCION  
DELEGACION BENITO JUAREZ C.P. 03940

03940 México, D.F.

R.F.C. GIA-991210-1YO

ATN.: \_\_\_\_\_  
Representante.

AZO  
*[Handwritten Signature]*

De conformidad con los oficios números 101-... y 366-IV-... ambos del 1... de ... la Secretaría de Hacienda y Crédito Público otorgó a su representada la autorización para funcionar como institución de seguros especializada en salud, para practicar la operación de accidentes y enfermedades, en el ramo de salud, y aprobó la escritura constitutiva y estatutos sociales, respectivamente.

Asimismo, mediante oficio número 06-367-III-5.1/... de fecha ... del presente, esta Comisión emitió dictamen favorable para que su representada iniciase operaciones del seguro de salud.

Al respecto, esta Comisión con fundamento en el artículo 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, hace de su conocimiento que le ha sido asignado el H0709 como número de identificación, con la finalidad de que dicho número sea considerado para efectos del registro de sus productos y de la información contable, financiera, técnica, estadística y demás información requerida en medios magnéticos que esa aseguradora remitirá en forma mensual a esta Comisión, así como para la entrega quincenal de la información correspondiente a la cartera de valores.

Por otra parte, se les señala que el disco compacto que contiene los sistemas necesarios para que esa institución presente la información requerida por este Organismo se les entregará el día 8 de octubre del año en curso, por lo que deberán acudir en esa misma fecha a la ventanilla única de esta Comisión ubicada en Av. Insurgentes sur 1971 Torre 2, 1er Piso, Col Guadalupe Inn, C.P. 01020, México, D.F., en horario de 9:00 a 14:00 o de 15:00 a 18:00 horas.

*[Handwritten Signature]*

Final te, se les manifiesta que la entrega de la información será a partir del tercer trimestre de 2002, la cual deberá contener los datos acumulados de julio, agosto y septiembre, y deberán presentarla dentro de los veinte días naturales siguientes al cierre del trimestre aludido, con excepción de la información correspondiente a la cartera de valores, la cual deberá ser entregada a partir de la primera quincena de julio del año en curso, de acuerdo al calendario establecido en el oficio circular S-49/02 del 18 de diciembre de 2002.

Lo anterior, se hace de su conocimiento con fundamento en el artículo 18 del Reglamento Interior de este Organismo.

Atentamente.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

**COMISION NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS**


En ausencia de la C. Directora General de Supervisión Financiera y de conformidad con el artículo 49 del Reglamento Interior de esta Comisión,

**EL DIRECTOR DE VIGILANCIA FINANCIERA**



LIC. GERARDO LOZANO DE LEON

- ccp. Ing. Guillermo Orozco Gómez.- Director General de Informática.- Presente.  
Lic. José Gerardo López Hoyo.- Director General de Desarrollo e Investigación.- Presente.  
Ing. Armando Venegas Padilla.- Director General de Reaseguro.- Presente.  
Act. Pedro Aguilar Beltrán.- Director General de Supervisión Actuarial.- Presente.  
L.C. Ma. del Rocío Rodríguez Konishi.- Director de Inspección Financiera.- Presente.  
Lic. Cristina Rohde Farauto.- Directora General de Supervisión Financiera.- Presente.

  
DGSF-1433/03

25 Fecha

R.....

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas  
Plaza Inn Insurgentes Sur No. 1971  
Torre 1 Sur 1er. Piso  
Col. Guadalupe Inn C.P. 01020  
México, D.F.  
Presente.



ATN: Lic. Fernando Álvarez del Río  
Director General de Supervisión del Seguro de Salud

Estimado Lic. Fernando Álvarez:

Anexo sirvete encontrar copia de la carta enviada a el Ing. Guillermo Orozco Gómez el pasado 11 de septiembre, en donde se designa al Act. Benito Calvillo Martínez como el Actuario que firmará las Notas Técnicas de nuestra aseguradora.

Adicionalmente, te informo que el ~~nombre~~ será quien firme la valoración actuarial de las reservas técnicas, de seguros de Salud, S.A. de C.V.

Sin otro particular quedo a tus órdenes y aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo.

Atentamente  
  
Director General.

C.c.p. C. Perla Escorcía Collado  
Subdirectora de Inspección del Seguro de Salud

recibi 29/09/03

lamm.com

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas  
 Av. Insurgentes Sur No. 1971  
 Torre Norte, 2o piso  
 Col. Cuauhtémoc  
 01020, México, D.F.



Al n: Act. Pedro Aguilar Beltrán  
 Director General de Supervisión Actuarial

Estimados señores:

En cumplimiento a los artículos 105 y 107 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a las Circulares S-19.1 y S-19.2 del 9 de febrero de 1998 y 16 de diciembre de 1998, respecto a la obtención y ~~Mapas~~ del dictamen de un actuario independiente sobre la situación y suficiencia de las reservas de carácter Monico, que debemos constituir el 31 de diciembre de cada año, nos permitimos informarle que para el cierre del ejercicio 2003 el actuario Alfredo Villas Carbó, quien labora como Director de la Área de Servicios Actuariales y Consultoría en Beneficios para Empleados para Asef-Risk Services Agente de Seguros y de Fianzas, S.A. de C.V., será quien firmará dicho dictamen. Los datos generales del actuario se presentan a continuación para los efectos que correspondan.

Nombre:	Act. Alfredo Villas Carbó
Cédula Profesional:	24
R.A.E.A.:	Me
Vigencia:	01/01/2003 - 31/12/2004
Dirección:	Blvd. Manuel Gómez Morán No. 1, 3er Piso Colonia Polanco México, D.F. C.P. 06100
Teléfono:	55 52 00 00
E-mail:	avillas@asef.com

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para atender cualquier aclaración que al respecto surja.

Atentamente

Director General

L SEGUROS DE SALUD S.A. DE C.V.

1-30 30  
 40 79

www.asef.com.mx MFS.com  
 CERO 5 HC. Anex. 01

A manera de ejemplo se proporciona una Acta tipo.

## ACTA No. XX

**REAPERTURA DEL ACTA.-** Siendo las 10:00 horas del día 2 de octubre de 2003, se constituyeron en las oficinas de **ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.**, el personal de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas designado para practicar la visita de inspección en compañía de los funcionarios de la institución autorizados para atender dicha visita, con el objeto de hacer constar los siguientes:

### HECHOS

**PRIMERO.- Constitución de la sociedad.-** Mediante oficio No. 101.-xxxxx del xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autorizó a Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. de C.V. la práctica en el país de los seguros de Salud. Con escritura No. XX,XXX del xx de xxxxxxxxxxxx del año xxxx, protocolizada ante Notario Público Número xx, Lic. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, quedó constituida la sociedad denominada Aseguradora de Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V., con el objeto de la prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público con oficio 366-IV-xxxx de fecha xx de xxxxxxxx de xxxx aprobó la escritura constitutiva de la Sociedad que tendrá por objeto social la práctica en seguros de la operación de accidentes y enfermedades, en el ramo de salud, la cual contará con un capital social variable, siendo el mínimo fijo sin derecho a retiro la cantidad de \$5,325,000.00, sin embargo, la sociedad presentó, un capital social de \$5,500,000.00, en virtud de haber celebrado el xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx Asamblea General Extraordinaria en la que se acordó incrementar su capital en \$175,000.00 para quedar de la siguiente forma:

Accionistas	Porcentaje	Acciones	Valor
Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. DE C.V. Representada por	97.50%	5'362,500	\$5'362,500.00

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
Socio 2	1.25%	68,750	68,750.00
Socio 3	1.25%	68,750	68,750.00
<b>TOTALES</b>	<b>100%</b>	<b>5'500,000</b>	<b>\$5'500,000.00</b>

En el Acta de la Asamblea Ordinaria del 28 de agosto de 2003 se acordó que el importe de \$2'695,474.00 del Capital Social se destinó ese día a la adquisición de bienes muebles y equipo, necesarios para la instalación de la empresa, cuyos valores están debidamente soportados por el avalúo 203-xxxxx, de fecha xx de xxxxxxxxxx de xxxx practicado por Banco xxxxxxxxxx, S.A., y factura No. xxxx del xx de xxxxxxxxxx del año en curso, expedida por Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C. V. a nombre de Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V.

Al respecto, la institución proporcionó copia del avalúo de fecha 21 de agosto de 2003 practicado por Banco XXXXXXXXXXXX, S.A., sobre el activo fijo propiedad de ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C.V., determinando un monto de \$2'695,473.00 y copia de la factura No. XXXX del X de XXXXXXXXXXXXXXXX de XXXX a nombre de Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. de C. V. por \$2'695,473.00 e I. V. A. del 15% por \$404,320.95, que suman un total de \$3'099,793.95, el cual se integra por los siguientes activos:

Mobiliario de oficina

\$1'011,560.00

Equipo de computo

754,750.00

Equipo de transporte

929,163.00

Subtotal

2'695,473.00

I.V.A. 15%

404,320.95

**Total**

**\$3'099,793.95**

Por otra parte, en la Asamblea Ordinaria anterior se indicó que se destinaron \$84,586.15, en gastos pre-operativos relativos a los gastos notariales y de gestión iniciales, identificándose en la visita de inspección que se encuentran integrados de la siguiente manera:

No. Recibo	Nombre	Concepto	Importe
23376	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C. V.	Impuestos y gastos	\$23,800.00
9035	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C. V.	Honorarios y Derechos Notariales	17,228.42
9081	Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. DE C. V.	Honorarios y Derechos Notariales	10,894.73
23375	Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V.	Impuestos y gastos	12,861.00
9101	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. DE C.V.	Honorarios y Derechos Notariales	1,200.00
23409	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. DE C. V.	Impuestos y gastos	1,645.00
9164	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. DE C. V.	Honorarios y Derechos Notariales	1,770.00
9362	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. DE C. V.	Honorarios y Derechos Notariales	6,000.00
23740	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C.V.	Impuestos y gastos	9,187.00
	<b>S U M A S</b>		<b>\$84,586.15</b>

Asimismo, proporcionaron copia fotostática del billete depositado en Nacional Financiera, S.N.C., de fecha XX de XXXXXXXXXX de XXXX por un monto de \$507,000.00, el cual se encuentra a nombre de ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C.V.

En la resolución primera inciso c) de la Asamblea General Ordinaria celebrada el XX de XXXXXXXXXX de XXXX, se indicó que \$2'037,940.00 se encontraban depositados en caja.

En tanto que en la primera resolución de la Asamblea General Extraordinaria, celebrada en esa misma fecha, se indicó que \$175,000.00 se encontraban pagados en efectivo, importes que suman la cantidad de \$2'212,940.00.

Sobre el particular, la sociedad proporcionó contrato de apertura de cuenta tradicional No. 65-XXXXXXXXXXXXX-X a nombre de Aseguradora de Seguros de de Seguros de Salud, S.A. de C. V., con Banco XXXXXXXXXX, S.A., de fecha XX de XXXXXXXXXX de XXXX y ficha de depósito ingresada a dicha cuenta el XX de XXXXXXXXXX de XXXX por un monto de \$2'250,000.00.

En vista de todo lo anteriormente señalado, se comprobó que la institución para el inicio de sus operaciones cuenta con activos por un monto de \$5'941,380.10 el cual se integra a continuación:

- Aportación en efectivo
- Mobiliario de Oficina
- Equipo de Cómputo
- Equipo de Transporte
- Gastos Pre-operativos
- Billete de Depósito NAFIN
- 15% de I.V.A. según factura No. 3109

### **Capital Aportado**

**Aportación Capital.**- La institución registro la aportación del capital social con la póliza de diario número 1 de fecha primero de junio de 2003, donde afectaron las siguientes cuentas:



Subcuenta Haber	Descripción	Concepto	Debe	
180101002001	Epo. Oficina	Aportación capital	\$1'011,560.00	
180102002001	Epo. Computo	Aportación capital	754,750.00	
180104002001	Epo. Transporte	Aportación capital	929,164.00	
150201002001	Bancos	Aportación capital	2'725,000.00	
190301002001	Gtos. notariales	Aportación capital	84,586.15	
410101000001				
			Administradora	
			Aportación capital	5'367,433.65
410101000002	Prestador	Servs.		01
			Aportación capital	68,813.25
410101000003	Prestador	Servs.		02
			Aportación capital	68,813.25
			Sumas Iguales	
\$5,505,060.61	\$5,505,060.61			

Como puede observarse el registro efectuado con dicha póliza no corresponde a las operaciones realizadas por la sociedad e indicadas en los hechos anteriores:

- Se efectuó un depósito de \$2'250,000.00 en la cuenta No. 65-xxxxxxxx-x a nombre de Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. de C.V., con Banco XXXXXXXXXXXX, S.A. y en la póliza contable registraron la cantidad de \$2'725,000.00 que se integra por el billete de depósito NAFIN por \$507,000.00 y por una aportación de \$2'218,000.00.
- No se registró el I.V.A. de la factura No. xxxxxx por \$404,320.95.
- Aportaciones de capital en exceso por \$441,380.10 en relación al capital social señalado en la escritura constitutiva aprobada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con oficio 366-IV-xxxx e incremento de capital según la Asamblea General Extraordinaria celebrada el xx de xxxxxxxx de xxxx, importe que se integra a continuación:

Capital social aprobado	\$5,325,000.00	
Aumento	de	capital
Según Asamblea General Extraordinaria	<u>175,000.00</u>	
Capital Social	5'500,000.00	

Aportaciones	<u>5'941,380.10</u>
<b>Diferencia</b>	<b><u>\$441,380.10</u></b>

**Cesión.-** La institución presentó contrato de cesión de derechos celebrado el xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, entre ADMINISTRADORA DE SERVICIOS PREPAGADOS DE SALUD, S.A. de C. V. (la Cedente), representada por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX y Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. de C.V. (la Cesionaria), representada por XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con el objeto de entregar en cesión a la Cesionaria el 100% de la cartera que pueda ser tipificada como operaciones activas de seguros; trasladar a la Cesionaria la responsabilidad de todos y cada uno de los compromisos que a la fecha se encuentran contratadas en las pólizas de la cartera vigente de la Cedente y que pudieran estar tipificadas como operaciones activas de seguros e instrumentar por parte de la Cesionaria, el cálculo, registro, depósito en cuentas independientes de otro u otros conceptos financieros y/o económicos de cada una de las reservas técnicas que la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros ordena constituir.

Por las responsabilidades aceptadas respecto de la cartera en vigor a la fecha de la cesión, el Cesionario recibirá de la Cedente, el monto de la prima de tarifa no devengada, deducida única y exclusivamente por los gastos de adquisición. La prima no devengada será igual a la suma de las primas no devengadas de cada uno de los contratos incluidos en la cartera en vigor a la fecha de la cesión.

Dicho contrato estará vigente durante el tiempo que dure la vigencia de todas y cada una de las pólizas vigentes al XX de XXXXXXXXXXXXX de XXXX; sin embargo la compañía manifestó que la fecha antes mencionada se cambiará en el contrato a partir del primer día que inicie operaciones la aseguradora.

## DE LA ORGANIZACIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

**SEGUNDO.- Estructura Organizacional.-** ASEGURADORA DE SEGUROS DE Seguros de Salud, S.A. de C.V., presenta el organigrama a nivel directivo y de subdirección con la siguiente estructura:

NOMBRE	PUESTO	OBSERVACIONES RESPECTO A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ENVIADA A LA S.H.C.P.
Dr. XXXXXXXX	Contralor Médico	
Act. XXXXXXXXXXXX	Contralor Normativo	En la solicitud de autorización se señalaba que ocuparía los siguientes puestos: Subdirección Técnica y Administrador de Riesgos.
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Comité Ejecutivo Comité de Riesgos Comité de Inversiones Director General Dirección de Operaciones Administrador de Riesgos	En la solicitud de autorización se señalaba que ocuparía los siguientes puestos: Comité de Dirección General, Dirección Médica y Dirección Comercial Núcleo 2. Adicionalmente, en la solicitud de autorización se señalaba que el puesto de Administrador de Riesgos lo ocuparía el Act. Dagoberto Sánchez.
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	- Comité Ejecutivo Comité de Riesgos Comité de Inversiones Dirección de Admón. y Finanzas	En la solicitud de autorización se señalaba que ocuparía los siguientes puestos: Comité de Dirección General y Dirección Comercial Núcleo 1.

El total de empleados con los que contarán son XXX, de los cuales XX personas estarán por honorarios, mismas que representan el 21.43% y XXX serán por nómina, las cuales representan el 78.57% del organigrama.

**TERCERO.- Constitución del Comité de Inversiones.-** En la Escritura Constitutiva se manifiesta que la sociedad designará un Comité de Inversiones, cuyas funciones corresponden a lo previsto en la Circular S-11.2 del 11 de junio de 2000.

La institución presentó documento en el cual se describe la integración de dicho Comité:

Nombre	Puesto
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Presidente / Responsable
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Miembro

XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Miembro
--------------------	---------

**CUARTO.- Ratificación del Contralor Médico.-** Esa institución demostró contar con la ratificación del Contralor Médico por parte de la Secretaría de Salud mediante la entrega de la copia del oficio número DGPFPS/XXX/XX de fecha XX de XXXXXXXXX de XXXX emitido por la Secretaría antes mencionada, donde se señala que cumplieron satisfactoriamente todos y cada uno de los requisitos establecidos en los numerales de la Vigésima Tercera de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud por lo que se ratifica su propuesta para que el Dr. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ocupe el cargo de Contralor Médico.

**QUINTO.- Espacio físico, políticas y procedimientos de contratación, actualización y capacitación del personal y de agentes.** La institución presentó copias del contrato de arrendamiento que se celebró entre Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C. V., y Empresa Arrendadora XXXXXXXXXXXX el xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, del inmueble ubicado en la calle de xxxxxxxxxxxx, Col. xxxxxxxxxxxx, C.P. xxxxxx, México, D. F., donde se encontrará la matriz de la empresa Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., Adicionalmente, la institución presentó los contratos de arrendamiento para las sucursales ubicadas en xxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxx y xxxxxxxxxxxx, ambos con fecha del xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx. Los contratos de arrendamiento de estas plazas se encuentran a nombre de Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C.V..

De igual forma, proporcionó copia del Contrato de Comodato, celebrado por una parte Administradora de Servicios Prepagados de Salud,, S.A. de C.V., representada por xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (Comodante) y por la otra Aseguradora de Seguros de Seguros de Salud, S.A. de C.V., representada por el xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx (Comodatario), en el cual se establece que es voluntad del Comodante otorgar el uso gratuito del inmueble

marcado con el No. xxxx de la calle xxxxxxxxxxxxxx, Col. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, Delegación xxxxxxxxxxxxxx, México D. F.; que el bien inmueble podrá utilizarse para oficinas administrativas, conservación de la contabilidad y demás actos necesarios para su funcionamiento; dicho contrato entró en vigor el 1° de julio de 2003, el término del mismo es por un año forzoso y posteriormente indefinido previo acuerdo de ambas partes. Cabe señalar que dicho contrato fue proporcionado sin las firmas del Comodante y Comodatario.

Por otra parte, la institución proporcionó Manual de selección, reclutamiento, aplicación de test, contratación, baja y entrevista de salida del personal. En cuanto a las políticas de capacitación, la institución cuenta con un Manual de Capacitación y Actualización, en el cual se establecen los tiempos, objetivos, temarios y desarrollos de cada tema, para los siguientes cursos: "Seguro de Gastos Médicos", "Trabajo en Equipo", "Fundamentos de Microsoft Power Point", "Comunicación y Redes", "Calidad en el Servicio", "Introducción al Área de Siniestros" y "Análisis de Interpretación de Estados Financieros".

La institución Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., intermediará la mayoría de sus pólizas a través de Brokers-Corredores; sin embargo también tienen contemplado realizarlo en forma directa.

**SEXTO.- Distribución territorial de las redes de servicios.-** La institución ofrece servicios en los estados de xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxx,; contando con xxx centros regionales en xxxxxxxxxxx y xxxxxxxxxxx.

Se analizaron las redes de servicios médicos para verificar si la distribución territorial es congruente con los lugares donde se comercializan y suscriben los seguros de Salud; como

resultado de lo anterior, se observó la siguiente distribución de algunas especialidades médicas así como de otros proveedores:

DISTRIBUCIÓN DE PROVEEDORES CONTRATADOS PARA FORMAR LA RED DE SERVICIOS MÉDICOS														
CIUDAD	TIPO DE SERVICIO													
CIUDAD	MEDICINA GENERAL	CIRUGIA GENERAL	GINECOLOGIA	PEDIATRIA	TRAUMATOLOGIA	ODONTOLOGIA GENERAL	ODONTOLOGIA TRIA	LABORATORIO	GABINETE	FARMACIA	MEDICO A DOMICILIO	ENFERMERA DOMICILIO	AMBULANCIA	OPTICA
ACAMBARO						2								
ACAPULCO										2			2	2
AGUA PRIETA			1	1	1									
AGUASCALIENTES	1		1	1		1		1	1	1			1	1
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
CAMPECHE														
CANCUN										2				1
CELAYA	1	2	2	4	2	2	1	1		3	1		1	
CIUDAD GUZMAN														
CIUDAD JUAREZ	2	2	4	4	3	8	1	1	1	5	1			1
CIUDAD OBREGON	2	1	5	4	3	3		1	1	2	2		1	1
COATZACOALCOS			1					1						1
CORDOBA						1								
COLIMA														
TOTAL	114	56	119	117	76	131	40	69	63	102	38	5	32	55

Respecto a los médicos de primer contacto y de especialidad, la red de proveedores cuenta con los siguientes:

**Red de Prestadores de Servicios por Especialidad**

ESPECIALIDAD	NÚMERO	ESPECIALIDAD	NÚMERO
ALERGOLOGIA	24	NEFROLOGIA PEDIATRICA	1
ALERGOLOGIA PEDIATRICA	5	NEUMOLOGIA	21
ANESTESIOLOGIA	6	NEUMOLOGIA PEDIATRICA	2
ANGIOLOGIA	18	NEUROCIRUGIA	31
AUDIOLOGIA	6	NEUROCIRUGIA PEDIATRICA	2
CARDIOLOGIA PEDIATRICA	3	NEUROLOGIA PEDIATRICA	5
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	15	NUTRICION Y OBESIDAD	15
CIRUGIA GENERAL	113	ODONTOLOGIA GENERAL	191
.	.	.	.
.	.	.	.
.	.	.	.
CIRUGIA PLASTICA	20	ONCOLOGIA QUIRURGICA	1
DERMATOLOGIA	60	ORTOPEDIA Y	153
ENDOCRINOLOGIA	21	TRAUMATOLOGIA	93
ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA	3	OTORRINOLARINGOLOGIA	23
ENDODONCIA	53	PARODONCIA	10
GASTROENTEROLOGIA	85	PATOLOGIA PEDIATRIA	210
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	1	PROCTOLOGIA	14
GINECOLOGIA Y			
OBSTETRICIA	205	PSICOLOGIA	11
HEMATOLOGIA	10	PSIQUIATRIA	9
INFECTOLOGIA PEDIATRICA	1	REUMATOLOGIA	13
MEDICINA FISICA Y			
REHABILITACION	40	TERAPIA DEL LENGUAJE	1
MEDICINA INTERNA	102	UROLOGIA PEDIATRICA	3
NEFROLOGIA	12		
<b>TOTAL</b>	<b>xxx</b>	<b>TOTAL</b>	<b>xxxxxxx</b>

Cabe señalar que en el directorio médico proporcionado por la institución se señala como parte de los servicios médicos que otorgan el de hospitalización y se incluye una relación de hospitales autorizados para reembolso y pago directo para planes que contrataron cobertura hospitalaria; lo anterior se debe a que el cuademillo proporcionado no está actualizado ya que a la fecha de la visita, la empresa no ofrece dentro de sus coberturas la de hospitalización.

Para llevar a cabo un control para concentrar su información de los diferentes puntos de la República Mexicana, esa institución centraliza la información en México, a través del Sistema "XXXXXXXXXXXX".

Asimismo, la institución presentó el proyecto de contrato de prestación de servicios, el cual será perfeccionado al iniciar operaciones la aseguradora, que celebran por una parte Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V. ("La Aseguradora") y Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C.V., ("El Prestador de Servicios"), en el cual el Prestador de Servicios, se obliga a proporcionar a la Aseguradora los siguientes servicios:

- A. Servicios relacionados con las operaciones propias de las coberturas que se incluyan en los contratos de Seguros de "La Aseguradora", tales como:
  - 1. Permitir que la Aseguradora utilice la Red de Prestadores de Servicios Médicos, Odontológicos y de apoyo ("La Red"), en función de las coberturas actuales o futuras que ofrezca a sus asegurados.
  - 2. Proporcionar directamente a través del personal médico propio o de "La Red", servicios de asistencia médica telefónica.
  - 3. Realizar con personal técnico-administrativo propio, la gestión técnico-operativa de concertación de citas.
  
- B. Proporcionar los recursos humanos, materiales y técnicos necesarios para el desarrollo de las operaciones actuales y futuras que requiera "La Aseguradora" en cada una de las diferentes áreas de responsabilidad.



"El Prestador de Servicios" se obliga a administrar, actualizar, mantener y controlar la Red con los prestadores de servicios y apoyos necesarios para atender las coberturas que "La Aseguradora" oferta en cada una de sus pólizas actuales y/o futuras, y que de manera enunciativa más no limitativa, son las siguientes: Consulta Médica, Médico a domicilio, Enfermera a domicilio, Ambulancia Terrestre, Lentes, Laboratorio y gabinete, Medicamentos y Servicio Odontológico.

Como contraprestación por los servicios antes mencionados, "La Aseguradora" se obliga a pagar a "El Prestador de Servicios", los conceptos siguientes:

1. La cuota per cápita que para cada asegurado y tipo de plan se establezca.
2. El 100% del costo de la operación del sistema y logística de operación, que requiera "La Red".
3. Una comisión anual igual al 10% del costo de las operaciones realizadas.

"El Prestador de Servicios" será el responsable directo de supervisar la calidad de la atención médica, dental o de apoyo que brinden los prestadores de servicios integrantes de su Red.

Independientemente de la responsabilidad mencionada, ambas partes están de acuerdo en contratar una póliza de responsabilidad civil que las ampare por la prestación de estos servicios.

"El Prestador de Servicios" solicitará como requisito fundamental, para otorgar el servicio que en su oportunidad requiera el Asegurado, la Credencial de Identificación que acredita al paciente como asegurado o beneficiario de la Póliza de Seguros de que se trate, así como la autorización otorgada directamente por "El Prestador de Servicios" al paciente.

"El Prestador de Servicios" se compromete a hacer del conocimiento de su personal la existencia de este contrato para la adecuada atención de los asegurados y sus beneficiarios.

Este convenio es por tiempo indefinido y podrá ser cancelado por cualquiera de las partes si así lo convienen, dando aviso por escrito a su contraparte, con 30 días de anticipación.

**SÉPTIMO.- Atención de quejas y reclamaciones.-** Para la atención de las quejas y reclamaciones recibidas por sus asegurados, la empresa cuenta con un procedimiento de atención a quejas relativas a la atención médica, dental o de proveedores consistente en la calidad del servicio y su atención, así como quejas provenientes de los prestadores de servicios.

La información del seguimiento a la atención de quejas y reclamaciones es almacenada en su base de datos, en donde son registradas las opiniones realizadas por los asegurados en la encuesta telefónica que la Compañía realiza después del uso de los servicios.

El procedimiento es el siguiente:

- 1.- Extraer de los archivos de quejas y reclamaciones, los registros de cada una de las quejas y/o reclamaciones capturadas.
- 2.- Procesar los registros y obtener los estadísticos por:
  - Tipo de queja y/o reclamación.
  - Prestador de Servicios.
  - Especialidad de Prestadores de Servicio.
  - Tratamientos.
  - Zona Geográfica.
- 3.- Obtener el parangón de quejas y/o reclamaciones, respecto al mes, trimestre y/o año inmediato anterior.
- 4.- Analizar incidencias y obtener las causas en que incidieron las reclamaciones.
- 5.- Para todas y cada una de las causas independientemente a la frecuencia en la incidencia se diseñará una medida correctiva que permita disminuir las reclamaciones correspondientes.
- 6.- Obtener las estadísticas de las incidencias.
- 7.- Presentar el análisis de la información estadística (incidencias) a la Dirección de Operaciones.
- 8.- Presentar a la Dirección de Operaciones las medidas correctivas.
- 9.- Presentar a la Dirección de Operaciones, el proyecto de material con las medidas correctivas a difundir al área indicada o al prestador de servicio.
- 10.- Obtener la publicación del reporte de quejas y reclamaciones.
- 11.- Distribuir el reporte quejas y reclamaciones entre los prestadores de servicio.
- 12.- Registrar el envío del reporte a los prestadores de servicio.

La información generada en la encuesta de calidad telefónica es capturada para su análisis y graficación posterior para enriquecer el Programa de Mejora Continua y evitar tropiezos dentro de la operación.

La línea de comunicación y solución de quejas funciona de tal manera que el área comercial de la Compañía enviará un e-mail a la Coordinación de Calidad Estadística con los datos requeridos, con un tiempo de respuesta máximo de 24 hrs. Cabe mencionar que todas las solicitudes de solución de quejas deberán estar debidamente documentadas para llevar un record de insatisfacción por cliente. Si la queja y/o reclamación no es solucionada en el tiempo señalado, la persona que realizó la solicitud contactará a la Dirección de Operaciones para que se informe de la situación o se dé una alternativa de solución.

**OCTAVO.- Infraestructura para prestar los servicios.-** La institución cuenta con infraestructura contratada para prestar los servicios que ofrece, la cual cuenta con red médica, farmacias, apoyos de diagnóstico, médicos a domicilio, ambulancias, enfermeras y asistencia médica telefónica, los cuales concuerdan con las coberturas donde son ofrecidas.

Para el acceso a los servicios, los asegurados llevan a cabo los siguientes procedimientos:

- **CONSULTAS A MÉDICOS GENERALES, DENTALES Y ESPECIALISTAS**
  - 1.- Se llama a las oficinas a los teléfonos descritos en el manual, en horas y días hábiles, donde será atendido por un asesor personal.
  - 2.- Estos le concertarán una cita, sólo con proporcionar su nombre completo, número de credencial y empresa, en su caso.
  - 3.- El asesor de ASEGURADORA DE SEGUROS DE lo canalizará con el Médico u Odontólogo de Primer Contacto más conveniente para el asegurado, se sugiere programar la cita por lo menos con 24 hrs. de anticipación para poder otorgarle una mejor opción.
  - 4.- Los asesores otorgarán un número de autorización individual para su consulta. El asegurado deberá acudir a la cita el día y hora señalado e identificarse con la credencial vigente y una identificación con fotografía.
  - 5.- De requerir cita con un especialista, deberá llamar nuevamente a las oficinas para concertar una cita en donde se le otorgará un nuevo número de autorización.
  - 6.- Si en la localidad donde radica o se encuentra no se contara con la especialidad Médica o Dental que se requiera, se deberá comunicar a las oficinas para que el asesor indique el procedimiento a seguir.
  - 7.- En el caso de no poder acudir a la cita, ésta se deberá cancelar con 12 horas de anticipación.
- **MÉDICO A DOMICILIO, ENFERMERA A DOMICILIO.-** será a través de los teléfonos proporcionados. Sólo se pregunta al asesor si en la localidad está disponible el servicio o en su caso la alternativa correspondiente.

- **AMBULANCIA TERRESTRE.-** La cobertura es de 10 servicios por vigencia cuando exista en su localidad.
- **ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA.-** Todas las llamadas son atendidas por médicos certificados, tiene cobertura nacional las 24 horas del día y los 365 días del año y se divide en dos modalidades: Asistencia Médica Consulta y Asistencia Médica de Urgencia.
- **MEDICAMENTOS.-** Todos los del cuadro básico o que no se excluyan del cuadro amplio, requeridos por el asegurado y sólo que sean recetados por la red de ASEGURADORA DE SEGUROS DE.
- **LABORATORIO Y GABINETE.-** Estudios solicitados por médico de la red, cubriendo sin costo los estudios del cuadro básico o que no se excluyan del cuadro amplio.

Finalmente, la institución presentó proyecto de contrato de prestación de servicios entre Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C. V., y los diferentes proveedores de servicios de su red, tales como Médicos en General, Laboratorios, Gabinete, Ambulancia, Enfermería y Farmacias, mismos que prestarán los servicios a Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., según se estipula en el contrato de prestación de servicios mencionado en el Hecho Sexto de la presente Acta.

**NOVENO.- Mecanismo o modalidad para respaldar la responsabilidad civil.-** La institución presentó la póliza No. xxxxxxxxxxxxxxxx con vigencia del xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de xxxx al xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de xxxx, emitida por xxxxxxxxxxxxxxxx, S.A. de C.V., a través del intermediario xxxxxxxxxxxxxxxx Agente de Seguros, con suma asegurada de \$x,xxx,xxx,xxx.00 M.N., límite único y máximo de responsabilidad en agregado anual (gastos de defensa jurídica incluidos) y el comprobante de pago de la citada póliza con la factura No. xxxxx expedida el xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de xxxx, que ampara la responsabilidad civil en que pueda incurrir la ISES por daños causados a pacientes o a sus familiares que se deriven de la culpa de elección y por la culpa por vigilancia de su red de proveedores externos en la prestación de servicios médicos, así como de los servicios técnicos y auxiliares de la medicina, para el servicio de salud prepagada.

## DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS

**DÉCIMO.- Sistema Estadístico.-** La empresa cuenta con los datos necesarios para poder generar la información y los reportes estadísticos, de acuerdo con lo estipulado en la Circular S-24.2; se verificó que tiene la capacidad para manejar los rubros marcados en la Circular antes mencionada, donde el mecanismo utilizado para la obtención de los datos estadísticos es su base de datos en SQL ("General SQL"), en el cual las áreas de Emisión, Siniestros y el Centro de Atención Telefónica cuentan con la información suficiente para generar una base de datos con todos los campos requeridos, en la cual se organiza la información y posteriormente se obtiene la información de las áreas involucradas con la que se procede a validar la información para posteriormente vaciar los datos en una hoja de cálculo de Excel preparada previamente para generar el archivo TXT que será entregado a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cabe señalar que se está implementando el Sistema Estadístico por Access; para la extracción de información se utilizará una consulta específica con la misma herramienta.

Los datos relativos a los servicios prestados por los proveedores externos se incorporarán al sistema de la compañía a través de lo siguiente: para todos aquellos médicos que se encuentren en área metropolitana y alrededores, para médicos foráneos o del interior del país existe un coordinador en las principales ciudades tales como: xxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxxxxxxxxxxxxx, etc., el cual una vez que recibe cada uno de los recibos o facturas para trámite de pago los remite vía mensajería a las oficinas para su

trámite correspondiente; para los médicos donde no exista coordinador, lo harán llegar vía mensajería.

Para el pago de los siniestros a través del reembolso, la compañía cuenta con un módulo en el sistema "xxxxxxxxxxxxxxxx".

**DÉCIMO PRIMERO.- Sistema de emisión de pólizas y endosos.-** La institución demostró contar con un sistema automatizado de emisión de pólizas y endosos de los seguros de Salud; este procedimiento se realizará en las oficinas centrales del D.F., y se les enviarán a los asegurados fuera del Distrito Federal por medio de paquetería; se espera poder emitir en las oficinas de xxxxxxxxxx y xxxxxxxxxxxxxx. Dicho sistema se denomina "xxxxxxxxxxxxx" a través del cual realiza la captura por parte del área comercial de las solicitudes de aseguramiento hasta la emisión de las pólizas, información que pasa al área de emisión, donde se generan el listado de emisión y endosos; dichos listados se mandan al área Contable y son el documento soporte para el registro contable correspondiente. Para verificar la funcionalidad del sistema se dieron de alta xxx pólizas relativas a los subramos de Individual, Grupo y Colectivo para sus 4 planes y combinaciones posibles, mediante la captura de los datos del contratante, lo relacionado con el tipo de plan requerido, la prima y vigencia de la misma. Una vez efectuado lo anterior se procedió a generar la emisión de la póliza, registro de afiliados, recibo de pago de primas y endosos; se verificó la interfase con el sistema contable y se generó la póliza de ingreso y el reporte de liquidación de primas.

El procedimiento interno que se realiza para emitir una póliza es el siguiente:

Los agentes o corredores al tener una petición de emisión de póliza, la envían por mail al área Comercial, ésta evalúa que los datos de los asegurados estén correctos y se la hacen llegar al área de Emisión por medio de una solicitud (documento en Word); una vez recibida, se validan los datos de la póliza, como los montos de prima de tarifa, que estén dentro del cotizador interno (Excel), que es alimentado por el área Actuarial.

Una vez verificados todos los datos, se emite la póliza, pasa al departamento de Contabilidad, se emite la factura, regresa al área comercial y se envía por paquetería al broker/corredor, el cual entrega la documentación al asegurado.

Los movimientos de las pólizas emitidas y renovadas también siguen el mismo procedimiento, llegan al área comercial y ésta las envía al área de Emisión.

El módulo de consulta del sistema está desarrollado en Access para el área Comercial, el cual le permite verificar las solicitudes pendientes de emisión, solicitudes autorizadas, solicitudes declinadas, asegurados y solicitar una autorización.

El área de emisión desarrolla la operación de acuerdo a los siguientes módulos: Recepción, Suscripción, Emisión, Control de Entrega y Archivo y Resguardo; la responsabilidad de elaborar las solicitudes de emisión es de un período no mayor a 5 días hábiles a partir de la fecha de recepción.

La Compañía para la selección de sus riesgos cuenta con un documento de políticas y procedimientos de emisión, en el cual se describe el procedimiento del mismo; la suscripción de las solicitudes de emisión corresponde a las condiciones de vigilar y controlar todo requerimiento de los Contratantes, Agentes, Asegurados o Suscriptores, en donde se verifica el contenido de todas las solicitudes recibidas, vigilando que los productos correspondan a los registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, validándolos a través de la aplicación de cotización o con la carpeta comercial de coberturas y planes.

El proceso de emisión de pólizas y endosos es el siguiente:



1. La emisión de los documentos contractuales se aplicará siempre y cuando las solicitudes de emisión hayan sido sometidas a los procedimientos de suscripción.
2. El área es responsable de ingresar al sistema de emisión todas aquellas solicitudes de emisión de pólizas o de endosos de afectación a pólizas, de acuerdo a los procedimientos de Emisión de documentos contractuales.
  - 2.1 Emisión de Póliza.- se debe emitir la siguiente documentación: Póliza, Endoso de Detalle de Coberturas, Listado de Asegurados, Anexos de Coberturas, Credenciales de Asegurados, Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Directorio de Prestadores de Servicios.
  - 2.2 Emisión de Endosos.- existen 3 tipos de endosos: "A", "B", y "D"; se emitirán los siguientes endosos, según las modificaciones que afecten a las condiciones actuales de alguna póliza: Endoso de Modificación de Domicilio, Endoso de Modificación de Razón Social, Endoso de Modificación de Datos Fiscales, Endoso de Unificación de Subgrupos, Endoso de Cancelación de Póliza, Ajuste por Cancelación, Endoso de Exclusión de Cobertura, Endoso de Inclusión de Cobertura(s), Endoso de Inclusión de Cobertura de Preexistencia y Endoso de Cambio de Forma de Pago.

La venta de sus productos se realizará a través de Brokers/Corredores y venta directa contratados para la comercialización de sus productos.

**DÉCIMO SEGUNDO.- Nota Técnica y Documentación Contractual.-** La institución va a operar el ramo de Salud en los subramos de Individual, Grupo y Colectivo, para lo cual se proporcionaron los proyectos de Nota Técnica y Documentación Contractual de los siguientes productos para los subramos Grupo y Colectivo:

- PLAN SALUD MÉDICA
- PLAN SALUD DENTAL
- PLAN SALUD MÉDICA DENTAL

Bajo estas clasificaciones se contemplan las siguientes coberturas:

- **PLAN SALUD MÉDICA.-** Consulta Médica, Médico a Domicilio, Enfermera a Domicilio, Ambulancia Terrestre, Lentes, Laboratorio y Gabinete (cobertura de cuadro básico o cobertura de cuadro abierto) y Farmacias (cobertura de cuadro básico de medicamentos o cobertura de cuadro abierto de medicamentos). Cada una de estas coberturas pueden comercializarse con o sin pago por parte del asegurado, es decir con o sin coaseguro específico para cada cobertura o bien, con o sin deducible alguno.
- **PLAN SALUD DENTAL.-** Es un seguro que brinda servicios odontológicos para satisfacer las necesidades de salud bucal en las personas. Con esta cobertura el asegurado gozará de beneficios en los servicios, que se deriven de: diagnóstico temprano de problemas de salud bucal, consultas, rayos "X" (intra/extra orales), cirugía bucal, odontopediatría, odontología preventiva, operatoria dental (caries), endodoncia, parodoncia (encías) y cosmética dental.
- **PLAN SALUD MÉDICA DENTAL.-** contempla dentro de sus coberturas las correspondientes a los seguros dentales y médicos que comercializa la empresa; este seguro puede incluir las coberturas siguientes:
  - Coberturas Médicas.- Consulta Médica, Médico a Domicilio, Enfermera a Domicilio, Ambulancia Terrestre, Lentes, Laboratorio y Gabinete (cobertura de cuadro básico o cobertura de cuadro abierto), Medicamentos (cobertura de cuadro básico de medicamentos o cobertura de cuadro abierto de medicamentos). Cada una de estas coberturas pueden comercializarse con o sin pago por parte del asegurado, es decir con o sin coaseguro específico para cada cobertura o bien, con o sin deducible alguno.
  - Coberturas Dentales (con o sin coaseguro).

Asimismo, se adicionan de manera automática, algunos beneficios como son:

- Servicio telefónico para emergencias médicas, las 24 horas los 365 días del año.
- Libre elección del Médico.
- Segunda opinión médica.
- Descuentos especiales a los afiliados por parte de los proveedores para servicios o beneficios no cubiertos.

Finalmente, la institución cuenta con el folleto explicativo que será entregado a los asegurados junto con la póliza, el cual se apega a lo estipulado a la Cuadragésima Quinta de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

**DÉCIMO TERCERO.- Sistemas contables y financieros.-** La institución cuenta con un sistema denominado "XXXXXXXXXX", mediante el cual a través de los módulos de emisión, cobranzas, siniestros y reembolsos, genera diversos reportes que a través de un proceso de interfase son registrados en el sistema contable denominado "xxxxxxxxxxxxxxxx", en el cual también se registran todas las pólizas contables generadas por las operaciones de la sociedad, información que sirve de base para la generación automática de la balanza de comprobación, la determinación de los efectos en la información financiera por la reexpresión, la elaboración de los estados financieros y genera la base de datos para el Sistema Integral de Información Financiera (SIIF).

Con base en los datos del ejercicio, la Compañía generó el Sistema Integral de Información Financiera (SIIF), el cual fue entregado por Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V., en forma satisfactoria.

**DÉCIMO CUARTO.- Sistema de agentes.-** La administración de los corredores no está implementado en un sistema, el control se lleva a cabo a través de Access y el sistema "xxxxxxxxxxxx" tiene un módulo donde se administran los datos generales de los corredores, así como las comisiones otorgadas, impresión de recibos para sus pagos, su historial y venta de artículos por corredor; estos datos se introducen después de haber cumplido con la captura del cliente o contratante.

Para el pago de comisiones el área Comercial lleva un formato en el cual llevan el control de sus corredores con los siguientes campos para las facturas: nombre del corredor, cliente, factura emitida por la Aseguradora, fecha en que se expide la factura, importe de la

factura emitida por la Aseguradora, número de cheque, nombre del banco al cual pertenece el cheque y fecha de emisión. Asimismo, en relación al pago de comisiones los datos son: fecha de recibido, factura del corredor, importe de la factura, número de cheque, nombre del banco y fecha.

La institución cuenta con 10 corredores/brokers de seguros.

#### **DÉCIMO QUINTO.- Sistemas de Reservas Técnicas.-**

**Responsable.-** La empresa entregó escrito donde indica que la persona responsable para la valuación de las reservas es el Act. xxxxxxxxxxxxxxxxx, con número de cédula xxxxxx, el cual será el encargado de realizar las actividades correspondientes al área técnica de la operación de Salud, tales como: elaboración de notas técnicas de los productos que en su ocasión se decidan comercializar; proporcionar la asesoría que en materia de seguros requiera la empresa; diseñar los métodos de cálculo y calcular las reservas técnicas, así como firmar los anexos al cuaderno de valuación de las reservas.

La Compañía integrará sus formatos de los resultados de la valuación de sus reservas, de acuerdo a lo estipulado en la Circular S-24.3.

Cabe señalar que según escrito del xx de xxxxxxxxxx de xxxx, la institución recibió propuesta de servicios de Auditoría Actuarial de las Reservas Técnicas de la operación de Salud de xxxxxxxxxxxxxxxx.

- a) **Reserva de riesgos en curso.**- La institución cuenta con un procedimiento técnico para el cálculo de esta reserva el cual se apega a lo dispuesto en los artículos 46 y 47 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros vigente hasta el 16 de enero de 2002. Para ello realizan una extracción de la información de ACCESS, obteniendo los siguientes datos: número de póliza, ramo, fecha de emisión, fecha de inicio de vigencia, fecha de fin de vigencia, importe de la prima de riesgo e importe de la prima de tarifa, datos que cumplen con las variables mínimas requeridas en la Circular S-24.3.

A efecto de verificar el cálculo para la constitución de la Reserva de Riesgos en Curso, la Compañía proporcionó la valuación al xx de xxxxxxxx de xxxx con los campos antes descritos, con los cuales se hizo el cálculo de la reserva mencionada en hojas de cálculo de excel para llevar a cabo el procedimiento en función de la vigencia de la póliza; de lo anterior, resultó correcta la constitución de dicha reserva de acuerdo al método de prima neta no devengada.

Es importante mencionar que de acuerdo a lo establecido en el artículo 47 fracción III de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la institución deberá de registrar a más tardar el 31 de diciembre de 2003, el método para constituir la reserva de riesgos en curso del seguro directo, con el monto de recursos suficientes para cubrir los siniestros esperados derivados de la cartera de riesgos retenidos en vigor de la institución, así como los gastos de administración derivados del manejo de la cartera, de acuerdo a las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular S-10.1.2 del 11 de septiembre de 2003, para el registro de los métodos actuariales de valuación y suficiencia de la Reserva de Riesgos en Curso.

Por otro lado, la institución controlará el vigor de las pólizas de la cartera de Salud a través de su base en Access, que recaba la información del sistema denominado "xxxxxxxxxxx", el cual tiene contemplado un campo para conocer el estatus de cada póliza (pendiente, pagado y cancelado), el cual puede ser dado a nivel póliza o por asegurado.

Cabe señalar que esa institución no operará pólizas multianuales; sin embargo, sí emite pólizas con vigencia menor a un año; para lo anterior la Compañía utilizará el cálculo previsto para la Reserva de Riesgos en Curso.

#### **b) Reserva para obligaciones pendientes de cumplir**

- **Reserva de Siniestros Ocurridos y No Reportados y Gastos de Ajuste asignados al Siniestro.**- La institución cuenta con un proyecto para constituir en un futuro dicha reserva a través del método de Ferguson; sin embargo, proporcionó escrito donde indica que para usar dicho método es necesario contar con información estadística suficiente, al menos de cinco años, por lo que inicialmente solicitará a la Comisión que le proporcione un método o factor para constituir dichas reservas.

Asimismo, se observó que la institución cuenta con un control de las fechas de los siniestros y reclamos el cual será por medio del sistema que está

instalado en el Centro de Atención Telefónica (CAT), donde los asegurados llaman para solicitar los servicios que ofrece la empresa. Estos siniestros son levantados y consultados por el área de siniestros, donde su principal objetivo es revisar que las fechas y montos de los siniestros estén correctos, no estén duplicados y no afecten al sistema Contable ("xxxxxxxxxxxxx") o al sistema ("xxxxxxxxxxxxx") donde se administran todos los controles de proveedores.

- **Reserva de Dividendos.-** Se verificó que la institución no prevé el manejo de dividendos para los productos presentados.
- **Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir por Siniestros Ocurridos Pendientes de pago.-** Para el cálculo de esta reserva, la institución considerará dentro de siniestralidad todos los costos y servicios derivados de la operación de Salud.

La institución no utilizará un sistema de preautorización al ocurrir un siniestro.

El sistema que emplearán para centralizar el registro de sus siniestros será a través del "xxxxxxxxxxxxx", en donde se registran los siniestros y se emite el finiquito, el cual se entrega al área de Tesorería para que efectúe el pago, ya sea al proveedor o al titular en caso de reembolso.

Los contratos que manejan con los proveedores son pago por servicio, en los cuales se establece que una vez recibida la copia de la factura, Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C. V., pagará el 100% en un lapso de 8 a 20 días hábiles posterior a la recepción de las facturas para todos sus proveedores. Cabe señalar que dichos proveedores prestarán sus servicios a Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V.,

según se estipula en el contrato de prestación de servicios mencionado en el Hecho Sexto de la presente Acta.

La institución maneja coberturas con reembolso, en cumplimiento a la disposición Sexagésima Cuarta de las Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

Cabe mencionar que de conformidad a lo establecido en la fracción I, inciso b) numeral 3, e inciso c), del artículo 50 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V., deberá registrar a más tardar el xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, el método actuarial para la estimación de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir, en el caso de siniestros respecto de los cuales los asegurados no han comunicado valuación alguna, de acuerdo a las disposiciones de carácter general emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en la Circular S-10.6.6 del 11 de septiembre de 2003, para el registro de los métodos actuariales para la estimación de la Reserva en cuestión.

- c) **Capital Mínimo de Garantía y Requerimiento Bruto de Solvencia.**- Se verificó que la institución se apega a lo establecido en la Circular S-13.1 de fecha 20 de marzo de 2003; para el cálculo del requerimiento bruto de solvencia se le solicitó a esa institución que realizara un ejemplo, mismo que fue elaborado en hojas de cálculo en Excel a xxxxxxxxxxxx de xxxx; de la revisión efectuada se concluye que el resultado fue correcto.



**DÉCIMO SEXTO.- Sistema de Reaseguro.-** Se observó que esa institución no tiene suscrito ningún contrato de reaseguro, por lo cual no es factible verificar la operación técnica y administrativa de reaseguro; sin embargo, se le señala que en el momento en que se suscriba algún contrato de reaseguro deberá hacerlo del conocimiento de esta Comisión conforme a las disposiciones legales y administrativas vigentes.

**DÉCIMO SÉPTIMO.- Sistema de proveedores de servicios.-** La institución cuenta con un sistema para mantener actualizada la base de proveedores de servicios médicos que conforman su red de prestadores. El CAT dirige cada uno de los servicios solicitados por los asegurados de acuerdo a sus alcances de cobertura, en donde de manera automática se genera la apertura y cancelación de la reserva por eventos ocurridos. Este procedimiento se efectúa en "General SQL".

Posteriormente, si no tienen ninguna omisión para integrar el finiquito, se captura en el programa "xxxxxxxxxxxxx", el cual su función principal es el control y pago a proveedores y emisión del cheque, por lo que invariablemente deben ser capturados en este sistema.

Se realizó una demostración de la funcionalidad del sistema en cuanto a los datos que se capturan de cada proveedor médico.

Las reclamaciones procedentes serán pagadas en un lapso no mayor a 20 días contados a partir de la recepción de la documentación en la recepción de las oficinas de Administradora de Servicios Prepagados de Salud, S.A. de C.V.; los proveedores son los

médicos, laboratorios, farmacias, clínicas, hospitales y todos los prestadores de bienes y servicios que atendieron los siniestros ocurridos a los clientes; una vez que se presenta la factura que ampara los servicios otorgados se llena un formato de recepción de documentos; la información se remite al área de auditoría de siniestros para que revise que todos los siniestros procedan y elabora un documento interno con todos los datos. Una vez transcurridos los xx días hábiles a partir de la fecha de recepción de la documentación, el área de auditoría de siniestros entrega a la Dirección de Administración y Finanzas los finiquitos para su pago correspondiente. Posteriormente, el área de Tesorería recibe las solicitudes de pagos de siniestros y/o proveedores para realizar la emisión de los cheques correspondientes; para la elaboración de los cheques se utiliza el programa "Conta Plus". Una vez capturados los cheques se cubren los pagos pendientes y se imprimen en los formatos autorizados por la institución bancaria correspondiente; posteriormente se turnan al área de Tesorería, la cual se encarga de la entrega de los mismos a cada una de las áreas solicitantes de los pagos para proveedores.

Para el pago de los siniestros a través del reembolso, la compañía cuenta con un módulo en el sistema "xxxxxxxxxx" para el trámite de los mismos; el área de Tesorería canaliza los cheques al área comercial para su entrega al titular.

**DÉCIMO OCTAVO.- Desarrollo de Sistemas propios o adquiridos.-** Se comprobó que Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C. V., cuenta con sistemas comerciales e integrales para llevar sus operaciones.

- Access 2000.- es la herramienta en la que se desarrolló una aplicación donde llevan el control de emisión de póliza, cobranza, agentes, proveedores, siniestros y coberturas. Este sistema lo tienen instalado todos los usuarios y lo consultan por departamento.
- VOX.- es un sistema comercial, instalado en el CAT, el cual permite dar una atención personalizada a los asegurados, ya que con él, los asesores telefónicos pueden atender la llamada de una manera más rápida; éste sistema auxilia al módulo interno del CAT, ya que cuando la llamada entra al VOX, la asigna al asesor telefónico que esté desocupado.
- Sistema XXXXXXXXXXXXXXX.- Sistema Integral Comercial multiusuario, donde se administra información a nivel fiscal, controlado por el Contador de la Empresa y el área de Tesorería. Este sistema tiene diferentes módulos, los cuales están instalados en diferentes equipos de la compañía. La base de datos de este sistema es SQL Server.

#### Módulos de "xxxxxxxxxxxxx"

- **Emisión de recibos o facturas.-** en este módulo se puede consultar el estatus contable de cada una; para dar de alta otra factura, el sistema asigna un número consecutivo, el cual es utilizado para búsquedas. Para contabilizar las facturas emitidas, el departamento de Contabilidad realiza un vínculo entre los sistemas "xxxxxxxxxxxxx" y "xxxxxxxxxxxxx", a través de un módulo de enlace de "xxxxxxxxxxxxx".
- **Cliente o contratantes.-** después de llenar los datos de la factura a emitir, se deben capturar los datos del cliente en un módulo especial para este paso.
- **Reembolsos.-** permite la realización de un reembolso en el sistema de Administración de Pagos; en éste existen dos opciones: Recibos y Pagos o Devoluciones. Para emitir un reembolso, debe buscarse la factura en el sistema para después afectarla, el sistema permite buscar por número de producto para hacer referencia de la razón del pago y posteriormente emitir el cheque y registrar la historia para después consultarlo.

- **Pago de Finiquitos a Proveedores de Servicios (Médicos).**- Este procedimiento se efectúa desde la opción facturas del sistema, donde se da de alta una nueva factura, buscando el proveedor por el número consecutivo que el sistema generó automáticamente y de la misma forma que en los reembolsos, queda asentado para consultar, finalizando el procedimiento de la emisión de cheque respectivo.
  - **Compras.**- donde se registran las entradas al almacén a través de compras a proveedores mediante pedidos, remisiones, devoluciones de remisiones y facturas.
  - **Informes y Estadísticas.**- módulo que permite visualizar estadísticas del estado que guarda la empresa y la explotación puede ser por pantalla, por impresión, exportaciones a Excel o a un archivo de texto plano.
  - **Artículos.**- donde se dan de alta los artículos como cobertura del paciente, control de ubicaciones, promociones y descuentos.
- xxxxxxxxxxxxxxxx.- Sistema Integral Comercial, donde se registra la información contable de la compañía así como la administración de otros procesos como operaciones de clientes, donde se registran los datos fiscales y generales.
  - Base de Datos.- La base de datos está soportada por SQL-Server, donde se almacena la información de "xxxxxxxxxxx" y "xxxxxxxxxxx" y la información se vincula entre estos dos sistemas para obtener ciertos resultados.

**DÉCIMO NOVENO.- Seguridad de la información de los Sistemas.**- Para el control de información, la institución cuenta con seguridad multinivel; al área en que se encuentran los servidores sólo puede acceder personal con cuenta válida permitida y se tienen controles de acceso a la base de datos, según el programa y usuario.

Las aplicaciones donde se consulta la información, así como donde se registra, requieren de una contraseña y usuarios asignados con privilegios. De acuerdo a este control se tienen accesos restringidos a la información conforme al desempeño de sus labores.

Se realizaron pruebas de funcionalidad y ejercicios que permitieron observar el acceso a través de usuarios y contraseñas y de la generación automática de la información.

#### **Equipos de seguridad para garantizar la operación continua.**

a) Para las Comunicaciones. Se cuenta con un UPS conectado a la alimentación de corriente PBX para evitar la desconexión instantánea al presentarse un corte de luz. Si no se reestablece el servicio público de energía eléctrica después de xx mts., se cuenta con un arreglo de xx baterías de 12 volts, que actúan al momento que el UPS ha perdido su carga total y así mantener garantizado por 3 horas el funcionamiento continuo. Se tiene en puerta la adquisición de una planta de luz que pueda operar 40 hrs. continuas sin interrupción, incluso cuentan con una cotización de la misma.

b) Para la Red de Datos. Existe una planta de Emergencia de xx KW., en un arreglo eléctrico acondicionado con un regulador general. Se tienen conectados al UPS el servidor de Datos y el de Aplicaciones.

#### **Mecanismos de seguridad de la Red.**

Para dar de alta a un usuario en la red, se tiene que llenar una solicitud indicando: nombre del responsable del departamento, datos del usuario, indicar a qué recurso se dará de alta (carpetas de datos, correo interno y/o externo, servicio de internet, impresoras, aplicaciones y programas). Posteriormente se entrega al usuario de manera confidencial.

Esa institución cuenta con un plan de contingencias para el sistema informático en caso de desastres o siniestros. Para llevar a cabo estas garantías, el plan que se sigue es el siguiente: los permisos otorgados a cada usuario cuando se dan de alta en la red, les permite acceder a las diferentes carpetas contenidas en el servidor central donde guardan toda su información para que ésta pueda ser respaldada; también se les pide que lleven un espejo de esa información en sus discos duros.

La información contenida en el servidor central, se respalda en una cinta magnética cada mes; dicha cinta se resguarda fuera de las instalaciones de la empresa en un lugar especificado por el Director General de la empresa. El contenido de esta cinta se hace de todas las tablas que integran la base de datos así como los catálogos y tablas con información general del sistema informático.

Un respaldo parcial con prioridad semanal, también se hace en cinta magnética; contendrá solo tablas en las que se hayan modificado o ingresado datos y un respaldo diario al término de las actividades.

**VIGÉSIMO.- Soporte Técnico, Operativo y de Respaldo.-** Se comprobó que la institución cuenta con equipo de cómputo, sistemas automatizados, procedimientos operativos de control, consulta, resguardo, organización y mantenimiento interno de la información, así como personal capacitado para operar los sistemas relativos a la administración de los seguros de salud.

**VIGÉSIMO PRIMERO.- Equipo.-** Equipos de cómputo y comunicaciones a nivel central y en sucursales.

	Central	Sucursal 1	Sucursal 2	Totales
Equipos de Cómputo	49	2	2	53
Impresoras	19	1	1	21
Switches	6			6
Modems DSL	1	1	1	3
Conmutador (PBX)	1			1

**VIGÉSIMO SEGUNDO.-** En ausencia del xxxxxxxxxxxxxxxx, Director General de Aseguradora de Seguros de Salud, S.A. de C.V., firmará en representación de la institución, el xxxxxxxxxxxxxxxx, Director Comercial de la Aseguradora, funcionario autorizado como se detalla en la escritura notarial No. xxxxxxxx y quien se identificó con credencial para votar

con número de folio xxxxxx, expedida por el Instituto Federal Electoral. Como dicho funcionario fungía como testigo, se le requirió que nombrara a otro testigo de asistencia, a lo que manifestó "acepto el requerimiento" y designó al xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, con domicilio particular en: Calle xx xxxxxxxxxxxxxxxx, Colonia xxxxxxxxxxxx, C.P. xxxx, Estado xxxxxxxx; con Registro Federal de Contribuyentes xxxxxxxxxxxxxxxx, quien se identifica con credencial para votar con número de folio xxxxxxxxxxxxxxxx, expedida por el Instituto Federal Electoral.

**VIGÉSIMO TERCERO.-** Cabe señalar que la inspectora xxxxxxxxxxxx Visitador Especial Auditor, adscrita a la Dirección General de Supervisión del Seguro de Salud de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, se incorporó en la visita de inspección ordenada con oficio No. xxxxxxxxxxxxxxxx de fecha xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, quien se identifica con credencial número xx, con vigencia xxxxxxxxxxxxxxxx expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas firmada por el Presidente de esta Comisión, la cual la acredita como servidor público con el puesto y adscripción mencionada anteriormente; dicha credencial incluye fotografía y firma del servidor público que se identifica.

**CIERRE DE ACTA.-** No habiendo más hechos que hacer constar y siendo las xx:xx horas del xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx, se da por terminada la diligencia, levantándose la presente Acta en original y dos copias, de las cuales se hace entrega de un tanto a xxxxxxxxxxxxxxxx, Director Comercial, firmando al final de la misma y al margen de todos y cada uno de sus tantos las personas que en ella intervinieron.

**POR ASEGURADORA DE SEGUROS DE SALUD, S.A. DE C.V.**

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
Director Comercial

**POR LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS**



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Subdirector de Inspección del Seguro de  
Salud

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Subdirector de Mesa de Ayuda

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Inspector Supervisor

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Inspector Supervisor

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Visitador Especial Auditor

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Visitador General

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Jefe de Sección

### TESTIGOS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Gerente de Área Comercial

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
Gerente de Recursos Humanos

## Conclusiones.

AL inicio de la creación de la normatividad de las I.S.E.S., el sector salud tenía las expectativas siguientes:

1. Se esperaba que fuese una alternativa de primera instancia para la población que a la fecha en que nacía dicha normatividad, tenía que sufragar sus gastos de salud con pago directo de su bolsillo.
2. Que el mercado era de millones de asegurados potenciales, y que el inversionista nacional como extranjero, iba a dar un recibimiento excelente a esta apertura y con ello, el establecimiento y/o conversión de las Administradoras de Servicios Prepagados de Salud en Aseguradoras Especializadas en Seguros de Salud iba a ser un fenómeno sin precedente, de tal forma que el sector seguros iba a tener un impulso sumamente importante.
3. Que el uso de los recursos debían estar estrechamente vigilados y controlados, para evitar descalabros financieros en este sector asegurador.
4. Que las I.S.E.S. manejaran planes integrales de salud; que se generaran planes específicos de salud en el trabajo; que se manejaran sistemas articulados de actividades preventivas y curativas, dentro de un sistema de salud, mediante el uso de tecnología en salud, y de Redes de Prestadores de Servicios Médicos y utilizando para ello de manera preponderante una mercadotecnia basada en técnicas actuariales y la normatividad y soporte administrativo, de vigilancia y control, por parte de la autoridad, vigentes en los otros ramos de seguros, con cuando mas la reingeniería de alguna que otra área.
5. Que en materia de salud las I.S.E.S. desarrollaran como acciones principales, al menos las siguientes:
  - a. Programas educativos para la salud de:
    - i. Personas sanas,
    - ii. De protección específica y monitoreo y su correspondiente programa educativo para enfermos crónicos en etapas iniciales.
  - b. Se proporcionarán servicios de Consulta externa, atención de urgencias, Atención hospitalaria, y de rehabilitación, para enfermos con padecimientos agudos de larga evolución.
  - c. Que respecto de los enfermos con padecimientos crónicos en etapas avanzadas, las I.S.E.S. desarrollaran programas educativos, de detección y tratamiento oportuno vinculados a

servicios de consulta externa y en su caso, de atención de urgencias y atención hospitalaria, con su correspondiente rehabilitación.

- d. Respecto de los enfermos con padecimientos crónicos en etapas agudas, las I.S.E.S. facilitarán a los asegurados, la atención hospitalaria, la rehabilitación aunada a los servicios de consulta externa y atención de urgencias.
- e. En relación de los enfermos con padecimientos crónicos en etapas terminales, las I.S.E.S. proporcionarán la atención hospitalaria y atención domiciliaria.

Cabe mencionar que no se estableció ninguna obligatoriedad hacia las asociaciones de profesionales médicos y a los propios profesionistas de salud, respecto de su responsabilidad solidaria en todo sentido, con las I.S.E.S., sin embargo a éstas, se les impuso la obligatoriedad de utilizar únicamente a profesionales certificados.

En cuanto a costo de los servicios planteados, enfocándolo desde la perspectiva de los niveles del sistema de salud, los correspondientes a atención de urgencias, Atención hospitalaria, y de rehabilitación, para enfermos con padecimientos agudos de larga evolución y de enfermos con padecimientos crónicos en etapas avanzadas, son los más onerosos y en general se atienden en hospitales de tercer nivel.

En hospitales de segundo nivel se atienden a pacientes con padecimientos de "costo medio", es decir, enfermos con padecimientos crónicos en etapas terminales, enfermos con padecimientos crónicos en etapas agudas, enfermos con padecimientos crónicos en etapas avanzadas, y enfermos con padecimientos crónicos en etapas agudas de corta evolución.

Y en las clínicas de primer nivel, con servicios de costo menor a todos los servicios de salud, se atienden a personas sanas, o pacientes sanos con factores de riesgo, o a enfermos crónicos en etapas iniciales o enfermos agudos de corta evolución.

En el esquema planteado, durante 2002, se autorizaron y otorgaron cuatro concesiones a empresas particulares para que funcionaran como Institución de Seguros Especializada en Salud.

Durante 2003 se otorgaron dos autorizaciones más, y ya para el 31 de diciembre de 2004, habían 12 Compañías de Seguros de Salud.

Sin embargo, ninguna de ellas ha proporcionado al cien por ciento, las acciones de salud que se esperaba desarrollaran, pero cada vez incrementan planes que favorecen tales expectativas.

El proveer servicios de urgencias, implica el tener todo un sistema de salud de hasta de tercer nivel, lo que conlleva a que esta cobertura aparentemente muy "inocente", puede resultar ser sumamente costosa, situación por la cual surgió un nuevo concepto en los servicios proporcionados por las I.S.E.S., el servicio de "Atención inmediata", que conlleva únicamente la estabilización del paciente hasta que el mismo paciente o persona allegada indique a donde trasladar al paciente.

Como puede verse, se propicia la innovación en los servicios médicos.

Adicionalmente, se esperaban millones de asegurados y un impacto relevante en el sector seguros, en la realidad, los servicios se ofertan no a la población abierta, sino a aquella que ya es cautiva de los servicios médicos oficiales, I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., etcétera, ya que el sector oferta en forma muy importante hacia los patrones, como una competencia directa la calidad y calidez a los servicios que proporciona el sector gobierno.

Por otro lado, el enfoque de negocio que los accionistas de empresas de servicios prepagados de salud, no cazan al cien por ciento con las expectativas de responsabilidad económica financiera que obliga el invertir en Aseguradoras, ya que en el esquema anterior, no estaban obligados al reconocimiento y previsión de los pasivos necesarios para afrontar las responsabilidades a que obliga una operación activa de seguros, y en consecuencia, a la fecha alguna o algunas de estas I.S.E.S., se enfrentan a problemas de índole financiero.

Todo lo anterior, hacen suponer que el panorama de crecimiento de esta parte del sector asegurador no es muy halagüeño.

Aún hay mucho que hacer, mucho que desarrollar a nivel académico, y de investigación técnica que las nuevas generaciones de actuarios y las que ya están el ambiente de seguros podrían desarrollar, sin embargo la propia dinámica del empleo hace difícil la labor de investigación, y no tan solo eso, sino también el cerrar el círculo de la preparación académica de todos los actuarios aún no titulados incorporados al sector.

El enfocar este trabajo en la forma como se ha presentado es con el fin de mostrar no tanto el quehacer técnico y de las lucubraciones que hay que hacer o que se deberían hacer cuando se enfrenta al reto de crear una empresa de tales dimensiones, sino simple y llanamente el mostrar algunas o la mayoría de las diferentes etapas que hay que caminar para llegar a puerto.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Acceso Hospitalario y Médico.** En el mercado asegurador se ofrecen planes con acceso libre o limitado a un grupo de hospitales o médicos. Regularmente las compañías de seguros tienen convenios con Médicos y hospitales, con los cuales opera el pago directo. Así mismo, cuando el asegurado decide atenderse con los médicos y hospitales de convenio puede obtener beneficios económicos.
- **Accidente.** Es aquel acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista fortuita y violenta que produce lesiones corporales al Asegurado. Las lesiones o daños corporales que sean provocadas por el asegurado intencionalmente no se consideran como accidente.
- **Asegurados.** Son las personas protegidas en el contrato del Seguro de Salud.
- **Asegurado Principal.** Persona física residente en territorio de la República Mexicana, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona, en cuya previsión y cobertura se expide la póliza.
- **Casuística.** Consideración de los diversos casos particulares que se pueden prever en determinada materia. Casos y consecuencias de los mismos, observados en determinada materia bajo análisis.
- **Cobertura básica.** Es la protección mínima que ofrece cada aseguradora.
- **Cobertura opcional.** Son beneficios adicionales a la cobertura básica que implican un costo adicional, cuya contratación queda a elección del asegurado.
- **Copago, coaseguro o deducible.** Participación económica por parte del Asegurado al utilizar los servicios, que puede estar dado como un porcentaje del costo del servicio o como una cantidad fija. El deducible generalmente se paga una sola vez por evento.
- **Costo de oportunidad.** Tasa de interés o retorno esperado más alto alternativo al del activo de cuestión.
- **Documentación Contractual.** Son la solicitud, cuestionario médico, carátula de la póliza, las condiciones generales y los endosos.
- **Determinación del efectivo generado por la operación por el método indirecto.**
  - Utilidad (pérdida) neta
  - + Depreciación de activos fijos

- + Amortización de activos intangibles
- + Pérdidas por actividades de no operación
- Ganancias actividades de no operación
- + Disminución en clientes, inventarios y pagos anticipados
- Incremento en clientes, inventarios y pagos anticipados
- + Incremento en pasivos a corto plazo
- Decremento en pasivos a corto plazo
- = Efectivo generado (aplicado) en la operación

- **Edad de aceptación.** Algunas compañías ofrecen acceso a sus planes hasta cierta edad.
- **El Estado de Cambios persigue los siguientes objetivos:**
  - i. Informar sobre los cambios ocurridos en la estructura financiera de la empresa, mostrando la generación y aplicación de recursos provenientes de las operaciones del periodo.
  - ii. Revelar información financiera completa sobre los cambios en la estructura financiera de la empresa que nos muestra el balance general y el estado de resultados.

En épocas inflacionarias es recomendable presentarlo bajo el esquema de flujo de efectivo. El Instituto Mexicano de Contadores Públicos lo denomina "Estado de Flujo de Efectivo o Estado de Cambios en la Situación Financiera en Base a Efectivo".

- **El valor presente neto (VPN)** se define como el valor presente del flujo de ingresos (flujo positivo) menos el valor presente del flujo de egresos (flujo negativo). Esto es, la suma algebraica de los flujos de efectivo futuros (positivos y negativos) al valor presente, incluyendo en esta suma el egreso inicial de la inversión. Es claro que en un proyecto de inversión, no necesariamente existe un solo flujo negativo (inversión inicial), sino que estos pueden presentarse en dos o más periodos.
- **Endoso.** Documento que modifica las condiciones originales del contrato, previo acuerdo entre el Asegurado y la ISES.
- **Enfermedad.** Se entenderá por enfermedad a toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.
- **Exclusiones.** Son los gastos o padecimientos no cubiertos por la póliza contratada que pueden consultar en las condiciones generales, dichas exclusiones dependerán de cada compañía.

- **Flujo de efectivo.** Es la cantidad de dinero que entra y sale de una empresa durante un periodo determinado de tiempo.
  - a). Al monto recibido se le da el nombre de flujo positivo.
  - b). Al monto que se eroga recibe el nombre de flujo negativo.
- **Formas de Indemnización:**
  - **Pago por Reembolso.** En este caso inicialmente el asegurado se hace cargo del pago a los médicos y hospitales y posteriormente la Aseguradora reintegrará el monto erogado que sea procedente por el evento cubierto menos el deducible y/o coaseguro y/o copago de acuerdo a las condiciones de la póliza contratada.
  - **También existe la posibilidad del Pago Directo.** La Aseguradora hace el pago a los médicos y hospitales en convenio bajo el procedimiento que cada compañía tenga estipulado y el asegurado no interviene, únicamente cubre el monto total o parcial del deducible y coaseguro, de acuerdo a las condiciones de la póliza contratada.
  - En la mayoría de las Aseguradoras en el mercado existe la posibilidad de solicitar una **cirugía programada**, con el fin de que el asegurado conozca de manera anticipada la procedencia de la reclamación, en cuyo caso la Aseguradora hace el pago al hospital y médicos y el resto de los prestadores de servicios.
- **Formas para el pago de la prima.** La forma tradicional de pago es anual, pero también se ofrecen formas de pago mensuales, trimestrales o semestrales con un recargo por pago fraccionado; inclusive muchas compañías cuentan con el cargo automático a tarjeta de crédito y cuenta de cheques.
- **Institución de Seguros Especializadas en Salud, I.S.E.S.** Es aquella institución autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud, facultándolas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio.
- **La administración del efectivo,** en general se centra en dos importantes áreas:



- a). Elaboración del presupuesto de efectivo.
  - b). Mantenimiento de un adecuado control contable.
  - c). Estado de Cambios en la situación financiera con base en efectivo
  - d). Concepto técnico y su presentación
- **Médico de Primer contacto.** Son aquellos profesionales de la salud que tienen el primer acercamiento con el paciente que busca la detección oportuna de cualquier alteración de la salud, solucionar cualquier malestar y en caso de ser necesario referir al Asegurado al especialista adecuado.
  - **Médico de Especialidad.** Es aquel profesional de la salud encargado de la atención específica de un padecimiento.
  - **Métodos para calcular el flujo de operación.**  
Método Directo.- Al total de los flujos de efectivo generados por la operación de la empresa se le resta el total de los flujos aplicados en la operación

Método Indirecto.- Se hace una conciliación entre la utilidad neta y el efectivo generado por la operación. A la utilidad neta se le suman o restan las partidas determinantes de utilidad pero no de flujo de efectivo y viceversa.

- **Operación activa de seguros.** Servicios que se comercializan a futuro y el cumplimiento de la obligación de prestarlos depende de un acontecimiento futuro e incierto, previsto por las partes, ya sea que dicha prestación de servicios se satisfaga con recursos e instalaciones propias o no propias del obligado.
- **Padecimientos preexistentes.** Enfermedades que hayan sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, que con anterioridad a la celebración del contrato, un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo o que por su historia clínica o evolución natural del padecimiento un perito médico así lo determine.
- **Periodo de espera.** Es el lapso de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de contratación de la póliza y la fecha en que se cubrirán ciertos padecimientos. Los padecimientos y tiempos varían de compañía a compañía.

- **Prevención.** Conjunto de medidas a seguir para solucionar problemas que pudieran presentarse con respecto a la salud del asegurado.
- **Prima de tarifa** es la cantidad necesaria para cubrir, al menos, el valor esperado de los costos futuros.

“Una prima de tarifa es una estimación del valor actual de los costos futuros esperados, por lo que su determinación debe realizarse de manera prospectiva y antes de que se efectúe la transferencia del riesgo del asegurado a la aseguradora.

- **Reconocimiento de antigüedad.** Es la consideración del período ininterrumpido de tiempo que ha estado asegurado en otro plan con otra aseguradora, con la finalidad de disminuir algunos períodos de espera.
- **Renovación Vitalicia Garantizada.** La mayoría de las compañías aplican “Renovación Vitalicia garantizada”, algunas de ellas lo hacen bajo ciertas condiciones o lineamientos generales.
- **Se conoce como “flujo de efectivo libre”, (FEL).** al resultado de restar al “flujo generado por la operación”, la cantidad que se invierte en bienes de capital, el monto que aparece en el “estado de cambios en la situación financiera” como “adquisición de inmuebles, planta y equipo”. De esta forma se obtiene el FEL para “flujo de efectivo libre” o también ampliamente conocido como FCF para “free cash flow”.

El concepto de FEL es probablemente el más utilizado entre los analistas, ya que este concepto de flujo es el que realmente tiene disponible la empresa para otras aplicaciones, como son: financiar planes de expansión, reducir o pagar deuda, pagar dividendos y recomprar acciones. En algunas ocasiones el concepto de FEL se considera como se definió anteriormente pero sin considerar el pago de intereses. Es decir, sería un flujo antes de pago del costo de la deuda.

- **Suma Asegurada.** Es el límite máximo de responsabilidad de la aseguradora de acuerdo a la cobertura contratada, a consecuencia de una enfermedad, accidente o servicio preventivo cubierto. Cada aseguradora maneja diferentes opciones de Suma Asegurada, además algunas de ellas ofrecen Sumas Aseguradas por padecimiento, por año vigencia, por asegurado, etc.

- **Tarifas.** Las tarifas que se cobran dependen de la edad, el sexo y la zona geográfica en la que reside el asegurado. También existen otras variables que influyen en la tarifa, por ejemplo, la suma asegurada, el deducible, el coaseguro, si el plan es nacional o internacional, así como las coberturas opcionales contratadas.
- **Tasa interna de rendimiento financiero, también considerada como tasa interna de retorno, TIR,** La TIR es la tasa de rendimiento en la cual el futuro flujo de fondos iguala la salida de caja inicial que incluye los gastos de instalación. La TIR es la tasa de descuento en la cual el valor presente neto es igual a cero. Se utiliza para establecer la tasa de rendimiento esperada de un proyecto.

El método de cálculo considera el factor tiempo en el valor del dinero y se aplica con base en el flujo neto de efectivo que generará el proyecto.

El valor presente neto se calcula adicionando la inversión inicial (representada como un flujo de fondos negativo) al valor actual o presente de los futuros flujos de fondos. La tasa de interés, será la tasa interna de rendimiento del proyecto (TIR).

## BIBLIOGRAFÍA

- Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
- Circulares de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
- Métodos de Econometría.  
J. Johnston  
Vicens - Vives
- Regresión Análisis by Example.  
Samprit Chatterjee & Bertram Price  
John Wiley & Sons, Inc.
- Teoría de Probabilidades y aplicaciones.  
Harald Cramér  
Aguilar
- Métodos y modelos de investigación de operaciones  
Vol. 2 modelos estocásticos  
Juan Prawda  
Limusa-Noriega
- Usuarios de los Servicios de Salud.  
Gonzalo Moctezuma Barragán  
Colección Nuestros Derechos  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto de Investigaciones Jurídicas  
Dirección de Publicaciones y Fomento Editorial
- Foundations of Casualty Actuarial Science  
Casualty Actuarial Society
- Cost trends for large health claims in the United States  
Dauser A.
- <http://www.universidadabierta.edu.mx/Biblio/M/Maya%20Sergio-Planeacion%20estrategica.htm>