



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLAN

"PROPUESTA DE UN PLAN DE SEGURO DE SALUD DENTAL
PARA GRUPO Y COLECTIVO"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

A C T U A R O

P R E S E N T A :

MARÍA CLAUDIA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ

ASESOR: ACT CONSUELO DEL CARMEN HOYO MARTÍNEZ



ACATLAN, EDO. DE MEX.

FEBRERO 2006



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.

Esta tesina esta dedicada a los seres más importantes de mi vida:

A mis padres, por todo su amor y su apoyo.

A mis queridos hermanos,
por su amor y amistad.

A Vane por el cariño y apoyo que me ha dado en todo momento.

	Página
Introducción	2
Capítulo I. Antecedentes del Seguro de Salud.	
I.1 Bosquejo Histórico del Seguro de Salud	4
I.2 Experiencia del Seguro de Salud en Latinoamérica	8
I.3 El Seguro de Salud en México	11
I.4 Comparación de Servicios Cubiertos entre el Seguro de Salud y el de Gastos Médicos Mayores	20
Conclusiones	25
Capítulo II. Propuesta de Modelo de Atención de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo.	
II.1 Modelo de Atención Propuesto	26
II.2 Capacitación a Proveedores	32
II.3 Folleto Explicativo	40
Conclusiones	47
Capítulo III. Propuesta de una Nota Técnica para un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo.	
III.1 Nota Técnica	52
III.2 Documentación Contractual	58
Conclusiones	70
Conclusiones Generales	72
Bibliografía	75
Anexos	76

La situación económica que vive el país ha repercutido en forma directa en el costo de los servicios en general y particularmente en el costo de los servicios médicos, en el cual se incluyen los tratamientos dentales. Los servicios dentales tienen una gran participación en la economía familiar, dado que la gran mayoría de la población que es derechohabiente al servicio médico público tienen una marcada preferencia por los servicios médicos privados, lo que representa para las familias un desembolso extra que en la mayoría de los casos se presenta cuando surge una urgencia, por no existir en el país la cultura de la prevención, sobre todo de salud bucal.

A consecuencia de la preferencia por los servicios médicos privados han surgido empresas que prestan servicios de salud pre-pagada, es decir, a principios de los años noventas nacieron empresas que por un pre-pago otorgaban servicios médicos, haciendo que el desembolso no desequilibrara la economía familiar. Pero estas empresas surgieron sin ninguna regulación previa por lo que se tomó la iniciativa de generar una regulación que es la base sobre la cual pueden trabajar; a este tipo de producto se le considera como un seguro y se incluyó dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades clasificándolo como Ramo de Salud.

Sobre estas bases se desarrollo la propuesta de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo; asimismo como se observa, el problema de la salud de la población tendría otra alternativa de solución ya que al existir este tipo de seguro la población tiene la opción de contar con un servicio de salud de buena calidad, sin que el pago por este servicio desequilibre su economía ya que podría fungir como prestación patronal y al mismo tiempo promover la cultura de la prevención.

En el Capítulo I se explica la necesidad de crear un plan que cubra las necesidades familiares sin que se vea afectado en gran medida su patrimonio bajo el esquema de salud, el cual previene y restaura la salud en contraposición de Gastos Médicos Mayores, que sólo restaura la salud. Lo que lleva a establecer las necesidades de la población y destacar las ventajas que tiene sobre Gastos Médicos Mayores (GMM).

Además en este capítulo se mencionan las bases legales sobre las cuales se desarrolla este tipo de seguro.

El Capítulo II menciona la importancia que tiene el Modelo de Atención, dado que es el esquema bajo el cual los usuarios podrán tener acceso al servicio, en este caso dental; se definen algunos conceptos y se plantea el Modelo de Atención dónde se describen los procesos del mismo.

En la tercera parte del trabajo se establecen las bases técnicas que sustentan cada una de las coberturas ofrecidas del plan y la prima mensual por miembro.

Este trabajo esta dirigido a toda la comunidad de actuarios que deseen incursionar este mercado nuevo para México y así poder ofrecer nuevos planes que beneficien tanto al sector asegurador como a la población en general y al país. Ofreciendo nuevos productos a costos razonables para que así la población en general tenga acceso a servicios de salud de calidad, se promueve la prevención y se haga más sólida la economía del país.

Capítulo I

Antecedentes del Seguro de Salud.

I.1 Bosquejo Histórico del Seguro de Salud

Dado que el Seguro de Salud es aquel que tiene como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, se puede observar que durante la historia del hombre los Seguros de Salud han tenido un desarrollo como se muestra a continuación en el Cuadro 1.1. Cronología del Seguro de Salud.

Cuadro 1.1. Cronología del Seguro de Salud

Época	Descripción
Antigua China	Se acostumbraba pagar al doctor mientras se gozaba de buena salud y se interrumpían los pagos durante la enfermedad.
Grecia Clásica	Existen sociedades de Beneficencia financiadas con partes individuales que contribuían a solventar los gastos médicos de la población militar y civil.
Romanos	Hacían lo mismo que Grecia y además incluyeron beneficios por muerte, vejez e invalidez.
Edad Media	Los gremios y cofradías europeas continuaron protegiendo a sus miembros de manera similar a la de los romanos.
En 1850 Accidental Death Association of London	Ofrecía coberturas por accidentes no mortales.
1911 Montgomery Ward & Company	Ofreció servicios médicos semanales a sus trabajadores enfermos o accidentados. A éste se le considera el primer plan del seguro colectivo de salud.
1929	Nace el primer Seguro de Salud Moderno, dado que un grupo de profesores firmaron un contrato con el Hospital Baylor en Dallas donde mediante el pago de una prima mensual el hospital ofrecía habitación, tratamiento y pensión. Posteriormente se empiezan a firmar contratos similares con médicos, los cuales se denominaron "Blue Shield Plans"; dichos contratos se basan en el pago de una prima y a cambio de recibir las prestaciones.

Época	Descripción
1930 y durante la Segunda Guerra Mundial	En este tiempo las compañías de seguros de vida y de accidentes se iniciaron en la exploración del mercado ofreciendo cobertura de cirugías, hospitalizaciones y reembolso de gastos médicos.
Después de la Segunda Guerra Mundial a nuestros días	El seguro de salud en la posguerra y a la fecha no ha dejado de desarrollarse, no sólo en Europa y Estados Unidos, sino también en Latinoamérica.

Como se menciona en el último recuadro, la Administración de la Salud conocido en inglés como Managed Care aparece en Estados Unidos de Norte América en los años treinta ya en forma, mediante la medicina prepagada que tenía como objetivo promover la calidad y continuidad de los servicios médicos, además de alentar la prevención, tomando hasta nuestros días las siguientes estructuras:

Health Maintenance Organizations (HMO)

A los primeros grupos de medicina prepagada se les denominó Health Maintenance Organizations (Organizaciones del Mantenimiento de la Salud). Las HMO son una combinación de asegurador y proveedor de servicios, uno de los principales modelos de HMO consiste en un contrato de un grupo de médicos con una entidad responsable financieramente que cubre a los miembros adscritos, donde los médicos son empleados de la HMO.

Las HMO han venido desarrollándose desde 1930, tomando diferentes formas, pero lo que distingue una HMO es que otorga protección a grupos de personas inscritas voluntariamente a un plan y que pertenece a una misma área geográfica.

Los costo de los servicios médicos otorgados por proveedores, son reembolsados mediante Capitación (reparto de contribuciones PER CAPITA)¹ o por acuerdos compensatorios de riesgo.

Desde esos años hasta 1960 las HMO experimentaron un cierto crecimiento; aunque el auge más prominente fue en los estados de la costa oeste de los Estados Unidos. En 1973, el Congreso de ese mismo país establece una ley para la promoción de las HMO, donde algunos de los puntos más importantes son:

- Las empresas con más de 25 trabajadores que ofrecen seguros de salud deben de ofrecer también la opción de dos HMO a sus empleados.
- Las HMO pueden obtener créditos y garantías.
- Las HMO pueden obtener aprobación a nivel nacional.

¹ Se explicará en el Capítulo II.

Existen básicamente cuatro tipos de HMO:

④ Staff Model

En este modelo, los médicos son empleados del HMO, reciben un sueldo fijo garantizado más bonificaciones en función de la productividad y el desempeño individual. Se procura abarcar todas las especialidades básicas para brindar un servicio integral. Los tratamientos especializados son generalmente subcontratados a terceros.

Las ventajas de este sistema son:

- ✦ Para los asegurados: comodidad al concentrar en un mismo lugar todos los servicios.
- ✦ Para la HMO: permite un elevado control sobre la gestión de los médicos.

y las desventajas:

- ✦ Para los asegurados: limitan la libre elección de médicos.

④ Group Model (Modelo de Grupo)

En este modelo, la HMO paga a un grupo de médicos una suma determinada en función del número de especialistas que lo integran. Los médicos a su vez, se reparten la suma entre ellos. El grupo presta servicios exclusivos a la HMO pero es independiente respecto a los tratamientos que brinda.

④ Network Model (Modelo de Red)

En este modelo, la HMO tiene contrato con dos o más grupos de médicos (especialistas o generales). El pago a cada grupo de médicos por sus servicios es capitado (en función al número de cabezas)².

Las ventajas de este modelo son:

- ✦ Para la HMO: es que requieren menos capital y se cuenta con mayor cantidad de profesionales y especialistas. Además tendrían un incremento de las negociaciones (se debe negociar con cada grupo).

y las desventajas:

- ✦ Para la HMO: tendría una disminución del poder de control ya que los médicos no son empleados del HMO y por lo tanto se identifican menos con la HMO.
- ✦ Para los asegurados: en caso de que se le refiera a otros centros o especialistas, los costos corren a cargo del grupo.

² En función al número de cabezas se refiere al número de personas, se utiliza este termino ya que es el usado comúnmente en el medio de Seguros de Salud.

🌐 Independent Practice Association (I.P.A.)

La HMO firma acuerdos con médicos que tienen su propio consultorio, o con grupos de médicos independientes, para que brinden atención médica a los miembros del plan.

El pago por los servicios es capitado de la HMO al I.P.A. éste, a su vez, paga a sus médicos por prestación o por capitación.

Desde el punto de vista legal, el I.P.A. es un ente autónomo. Los médicos siguen siendo independientes y atienden en su propio local.

Existen dos alternativas. En la primera, un I.P.A. – ya existente- firma un acuerdo con una HMO. En la segunda, una HMO crea un I.P.A. y firma contrato de exclusividad con ella.

Preferred Provider Organization (PPO)

En los años de 1980 surge otra forma de *Managed Care*³; el Preferred Provider Organization (PPO), sus principales características son:

- Es un grupo selecto de prestadores de todo tipo de servicios médicos asistenciales,
- Ofrece mayor flexibilidad que las HMO, ya que los asegurados cuentan con una plantilla mayor para elegir especialista,
- Además los asegurados pueden elegir proveedores no integrantes de la red pagando una participación de costo más elevada.
- La forma de pago de las PPO está basada en una escala.

Exclusive Provider Organizations (EPO)

Sus principales características son:

- Los asegurados están limitados a usar los servicios de los proveedores de salud.
- Los servicios adquiridos fuera de red no son reembolsados.
- Deben ser autorizados todos aquellos servicios que exceden el número de atenciones definidos.
- Los proveedores son renumerados con base en un acuerdo de tarifas por prestación o se negocian descuentos en base a una escala por número de prestación.

³ Managed Care. Administración de la Salud

Point-of-Services Plans (POS)

Los Point of Services Plans (POS) son una forma híbrida de la HMO y la PPO. Los planes POS utilizan los servicios de una red de especialistas seleccionados y contratados, los asegurados inscritos al plan dan una prima mensual y eligen a un médico de atención primaria. Dicho médico es quien refiere al asegurado.

Adicionalmente existen los programas de Salud en Estados Unidos denominados:

✓ Medicare

Es el Seguro de Salud del Gobierno para personas mayores de 65 años, incapacitados, ciegos, etc.

✓ Medigap

Se compra como cobertura adicional al programa Medicare, por los servicios que éste no cubre.

✓ Medicaid

Similar al Medicare, es un programa del gobierno cuyo objetivo es proveer servicios de salud a los pobres; los fondos se distribuyen por estado y las políticas también se definen por cada estado.

El cuidado de la salud efectivamente se maneja en todo el mundo (Anexo I. Algunos Sistemas de Administración en el Mundo), pero el mercado que se apega a la economía de México es la de Latinoamérica aunque se estén tomando algunas de las características del mercado estadounidense; de los países que tienen más experiencia en Latinoamérica son por ejemplo, Chile, Argentina y Colombia. A continuación se mencionan algunas de las características que tienen los planes de Salud en los países antes mencionados.⁴

I.2 Experiencia del Seguro de Salud en Latinoamérica

I.2.1 Colombia

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura de salud en todos los ciudadanos. En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de las administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de seguridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desprotegidos.

Los puntos que toca la Reforma al Sistema de Seguridad Social de Colombia (Ley 100 de 1993) son:

⁴ El caso de México se analiza en la sección 1.3

- ✓ Pensiones.
- ✓ Riesgos Profesionales.
- ✓ **Salud.**
- ✓ Servicios Sociales Complementarios.

También cuentan con los siguientes organismos que comprenden la dirección, vigilancia y control de salud:

- ✓ Ministerio de Salud y Trabajo.
- ✓ Consejo Nacional de Seguridad Social
- ✓ Superintendencia de Salud.

Existen tres tipos de competencia al estado que son Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiario (ARS) y las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), cada una con las características como se muestra en el cuadro 1.2 Entidades Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia.

Cuadro 1.2. Entidades Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia.

Empresas Promotoras de Salud (EPS)	Administradoras del Régimen Subsidiario (ARS)	Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)
Entidades responsables del régimen contributivo	Entidades responsables del régimen subsidiado	Prestadoras del régimen contributivo y subsidiado
Públicas o privadas	Puede ser EPS, Empresas Solidarias de Salud	Peden ser propiedad de una EPS, ARS o vinculadas mediante contrato
Registro de Afiliados	Afiliación	Contar con infraestructura suficiente
Recaudo de cotizaciones	Recaudo de cotizaciones	Pueden ser hospitales, clínicas, laboratorios, centros de salud o contributarios
Compensación	Organización de la prestación de servicios a sus afiliados y beneficiarios	
Organización de la prestación de servicios a sus afiliados y beneficiarios		
Pago de las prestaciones económicas		

I.2.2 Argentina⁵

Actualmente en Argentina existen tres fuentes primarias de atención médica:

- Sistema público.
El 40% de la población se encuentra en este tipo de sistema, incluyendo ancianos y pobres, además se deduce un porcentaje del salario.
- Obras Sociales.
 - ✓ Aquí se encuentran la mayor parte de los empleados afiliados a un sindicato de trabajadores.
 - ✓ Existen obras sociales para personal de dirección (OPSD), directivos de empresas, altos ejecutivos, etc.
 - ✓ Otorga el Plan Médico Obligatorio, el cual tiene ausencia de mecanismos de control y las diferencias propias de su diseño generan inequidades entre usuarios y mala asignación de recursos.
 - ✓ Aportación de un porcentaje del salario a la obra social.
- Prepagadas.
 - ✓ Lo forman trabajadores autónomos o con mayores recursos económicos.
 - ✓ No hay deducción de salario, se paga prima o cuota.
 - ✓ Otorga coberturas adicionales a trabajadores afiliados a obras sociales.

I.2.3 Chile

Existen dos tipos de entidades que prestan el servicio de salud, el público y el privado, en ambos casos el empleado aporta un porcentaje de su salario para el pago de sus beneficios de atención médica. A continuación se describen ambos sistemas:

- Sistema público FONASA (Fondo Nacional de Salud)
 - ✓ Se encuentran aquí los trabajadores que con su porcentaje aportado del salario no compra buena cobertura privada.
 - ✓ El 70% de la población se encuentra afiliada al esquema público⁶.
- ISAPRES (Institutos de Salud Provisional)
 - ✓ Tienen gran variedad de beneficios y planes.
 - ✓ Las Tarifas dependen de experiencias por sexo, edad, etc.
 - ✓ Muchos cuentan con sus propios grupos médicos o centros médicos.
 - ✓ Existe la selección de riesgos que perjudica al FONASA.

Así el Seguro de Salud se ha venido desarrollando desde la antigua China hasta nuestros días, cada vez perfeccionándose más y más, pero de acuerdo a la economía de cada país; dando como resultado una población que cuenta con este tipo de servicios más sana.

⁵ Organización de la Salud en Argentina y Equidad, Oscar Centrándolo y Florencia Devoto, julio del 2002

⁶ Idem

I.3 El Seguro de Salud en México

El incremento de esperanza de vida al nacer en México durante la segunda mitad del siglo es de 25 años, de 47 años en 1950 y pasó a 71.6 en 1994. La disminución de la fecundidad está provocando un marcado cambio en la estructura por edades; lo cual implica que la pirámide poblacional se este revirtiendo⁷, así las enfermedades epidemiológicas han disminuido pero se han incrementado las enfermedades crónico-degenerativas, la esperanza de vida de los mexicanos ha aumentado; la incapacidad de atención médica por parte del servicio público se ha elevado, trayendo como consecuencia la prestación de un mal servicio médico y administrativo por parte de estas entidades; por esta razón persiste el problema de duplicación y hasta triplicación del costo de servicios de salud para quienes aportan al IMSS, ISSSTE u otra institución pública y prefieren servicios privados de salud.

Por otro lado se tiene que casi la mitad de la población mexicana carece de los servicios más indispensables de salud. Debido a ello se estima que los miembros entre dos y tres millones de hogares de bajos ingresos se ven obligados a utilizar más de la tercera parte de sus recursos económicos para financiar sus servicios de salud, con lo cual incurren a lo que se conoce como gastos catastróficos, es decir, se empobrecen más.

Por ese motivo, no es de sorprender que a causa de razones económicas, dos de cada 10 conciudadanos posterguen el cuidado de su salud o renuncien a ella deliberadamente. A esta cifra también se suman los discapacitados y enfermos crónicos, señalan datos emitidos por la Secretaría de Salud (SSA).

Es así como la equidad, calidad y vinculación del desarrollo económico con la salud son auténticos desafíos para evitar que un alto índice de la población siga padeciendo injusticias sociales. Ante ello el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) implementó una serie de medidas y estrategias que buscan alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades para garantizar el bienestar general de la ciudadanía.

El Seguro de Salud Popular (SSP) inició en 2001 siendo el programa Salud para Todos. Es en palabras de la Exposición de Motivos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2003 "... un gran instrumento de financiamiento para que las familias excluidas de la seguridad social formal tengan garantizada una oferta suficiente de servicios públicos de salud, donde reciban la atención y los medicamentos necesarios protegiendo su patrimonio." Es decir, este es el programa que la presente administración está usando parar reducir las brechas en el tipo de cobertura pública que ofrece el sistema de salud.

El nuevo Seguro Popular de Salud, está destinado a los trabajadores no asalariados, los autoempleados y desempleados, así como todos los integrantes de una misma familia (menores de edad, padres y suegros mayores de 64 años, que vivan bajo el mismo techo) podrán recibir el servicio por la misma aportación, los cuales serán proporcionales a la capacidad de pago del propietario del seguro.

Sin embargo volteando hacia la población que cuenta con empleo esta prefiere los servicios médicos privados y sólo el acudir a estos cuando ya se presenta la enfermedad,

⁷ Observatorio de la Salud, 1997, Fundación Mexicana para la Salud.

se enfrenta una situación en la que se incurren en gastos no previstos y que son catastróficos para la economía familiar, ya que la mayoría paga estos gastos con sus propios recursos en el momento mismo en que necesita la atención, lo cual es la peor forma de financiar los servicios de salud, debido a la incapacidad para tomar decisiones bien informadas y a la imposibilidad de generar recursos por defecto de la misma enfermedad. No obstante, el 94%⁸ del gasto total de salud en México es gasto de bolsillo.

Así, para que ocurra una transición del país hacia una economía moderna con instituciones sólidas se requiere de un sistema de salud financieramente más justo y que proteja a la población contra pagos excesivos que afecten negativamente su economía. Esto puede lograrse invirtiendo anticipadamente en servicios de salud.

Como se puede observar son varias las causas que dan origen al surgimiento del Seguro de Salud privado en México, como a continuación podemos enumerar:

- En el gasto familiar no se considera ahorrar, previendo un gasto catastrófico de salud que pueda afectar la economía familiar,
- Aún cuando las familias o los individuos cuentan con un seguro público no hacen uso de éste y prefieren pagar un servicio particular de salud,
- Las personas que cuentan con el servicio público y no cuentan con recursos económicos tienen que hacer uso del primero; donde la atención es de mala calidad dado el número de derechohabientes que tienen que atender,
- El costo de los cuidados médicos se ha elevado de forma importante en los últimos años, la causa de esta situación radica en que los compradores carecen de información suficiente y el médico presenta un conflicto de intereses ya que juega un doble papel; es prestador de servicios, pero a la vez es agente de ventas. Tiene el incentivo de inducir la demanda al recomendar a sus pacientes tratamientos ulteriores. Así los gastos se han disparado y el perjudicado ha sido el consumidor.
- La más importante y que da la pauta para la creación del mercado del Seguro de Salud es la incapacidad financiera del IMSS. Esto se debió al efecto paralelo que tuvo al existir una liga estrecha con el sistema de pensiones, ya que los fondos de pensiones se han usado históricamente para cubrir al menos parte del déficit del seguro de enfermedades y maternidad, así como para financiar en gran medida la construcción de la infraestructura de la atención médica. Con la reforma de las pensiones, los servicios de salud del IMSS pierden esta importante fuente de financiamiento.

Ahora bien dado lo anterior tenemos que el Seguro de Salud sirve para varios fines como son:

- Fomentar una cultura de prevención.
- Que los servicios médicos prestados sean de buena calidad.
- Ofrecer una diversidad de planes ajustables al bolsillo.

⁸ Presentación "Los Seguros de Salud en México", 2001, Lic. Fernando Alvarez del Río

Asimismo, desde el inicio de los años 90's se ha registrado un crecimiento dinámico en el mercado mexicano de servicios de salud denominados de "medicina prepagada" ó "salud administrada", como por ejemplo aquellos hospitales o clínicas que otorgan servicios de maternidad vendiendo paquetes, los cuales cubren las consultas prenatales, el parto y la atención a la madre e hijo después del parto, los servicios de cuarto y cuna; otro ejemplo son aquellas empresas que venden tarjetas de descuento en atención hospitalaria, estudios de laboratorio, servicios dentales, etc.

Debido al crecimiento desordenado que ha tenido este mercado (Salud), se han hecho presentes ciertas situaciones indeseables como la competencia desleal, realizada por ciertas empresas que no son aseguradoras. Este tipo de empresas regularmente carecen de un soporte financiero que les permita hacer frente a sus obligaciones, por lo que a menudo se ven precisadas a declararse en quiebra, en perjuicio de los mismos consumidores, proveedores médicos, hospitales, etc. Como consecuencia de esta situación, las autoridades se han visto en la necesidad de regularlas.

Debido a lo anterior se tomaron las siguientes medidas, las cuales fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y dadas a conocer mediante el Diario Oficial de la Federación en el orden siguiente.

Cuadro 1.3. Disposiciones Emitidas para las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud por El Diario Oficial de la Federación

Fecha	Asunto
3 de enero de 1997	Se aprobaron las modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, dónde se incluye el ramo de Salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades
31 de Diciembre de 1999	Se establece que sólo las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) podrán operar el ramo de Salud y si lo desean también pueden operar Gastos Médicos Mayores. En este mismo Diario Oficial se especifica que debido a sus características la supervisión queda a cargo de la Secretaría de Salud (SSA) y La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF).
24 de mayo del 2000	Se emitieron las Reglas para la Operación del Seguro de Salud

El primer cambio mencionado en el Cuadro 1.3. Disposiciones Emitidas para las ISES por El Diario Oficial de la Federación, respecto al DOF del día 3 de enero de 1997; es el de la modificación a la LGISMS, con el propósito de incluir el ramo de salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades, por lo que esta operación quedo constituida por tres ramos:

1. El ramo de **Accidentes Personales**, que queda definido (Art. 8 frac. III de la LGISMS) como: "...los contratos de seguros que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito;..."

2. El ramo de **Gastos Médicos Mayores**, definido como: (Art. 8 frac. IV de la LGISMS) "... los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad;..."

3. El ramo de Salud como: (Art. 8 frac. V de la LGISMS), "... los contratos de seguros que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que realicen en beneficio del asegurado;..."

Por lo que la finalidad del seguro de Gastos Médicos Mayores es proteger al asegurado contra una eventualidad económica desfavorable a consecuencia de un accidente o enfermedad que afecte o ponga en riesgo la salud del mismo, mientras que el seguro de Salud esta enfocado principalmente a la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud, entendiéndose por salud el completo estado del bienestar físico, mental y no sólo la ausencia de enfermedad.

Así en el DOF del 31 de diciembre de 1999 se da a conocer quiénes pueden fungir como ISES y quiénes las van a supervisar.

Las ISES tienen como objetivo prestar servicios dirigidos a prevenir y restaurar la salud del asegurado en forma directa mediante recursos propios, de terceros o combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio. Estos servicios involucran una operación activa de seguros ya que se comercializan a futuro y el cumplimiento de la obligación de prestarlos puede depender de un acontecimiento futuro e incierto.

Para regular el mercado se consideró el objetivo del Seguro de Salud y las características de los productos existentes en el mercado, dando como resultado los siguientes cuatro puntos relevantes de este tipo de producto; que son:

1. Servicios prepagados.
2. Existe un riesgo técnico de seguros.
3. Existe un riesgo financiero.
4. Los servicios que ofrecen tienen que ser de calidad.

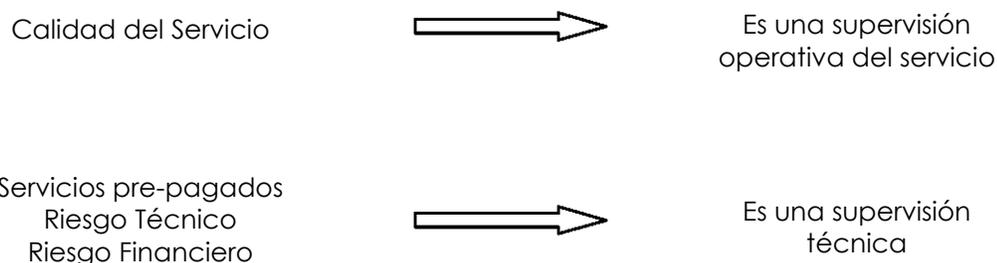
Los **servicios prepagados** son los recursos cobrados por anticipado para otorgar un servicio en determinado lapso (por ejemplo un cierto número de consultas anuales), pero este monto cobrado por anticipado debe ser suficiente y manejarlo como una provisión amortizable de gasto, el cual se lleva a cabo mediante cálculos actuariales para la obtención de las primas y cálculo de reservas técnicas además de tener un adecuado esquema de reaseguro.

El **riesgo técnico** de seguros es el análisis de probabilidad para estimar la ocurrencia de eventos inciertos (por ejemplo el número de veces que ocurrirán enfermedades o tratamientos mayores).

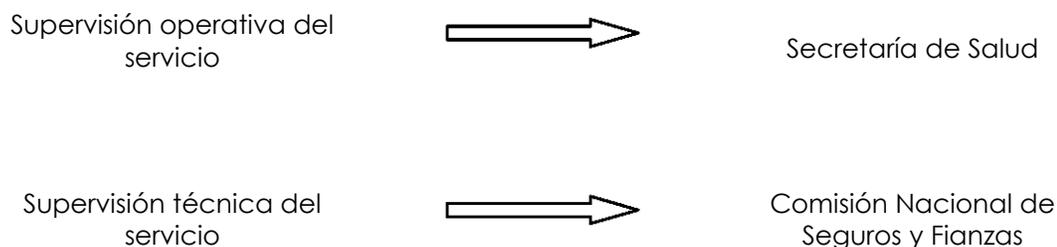
El manejo financiero por la prepaga de los servicios y las primas de seguros deben tener un manejo prudente de las inversiones y del **riesgo financiero**.

Respecto a la **calidad del servicio** debe existir un mínimo de atención en cuanto a calidad y disponibilidad de los servicios; esto es, se debe tener cuidado en la calidad de la prestación de servicios y de su suficiencia.

Los cuatro aspectos anteriores se dividieron de la siguiente manera:



Y dada su naturaleza quedaron a cargo de las instituciones correspondientes como sigue:



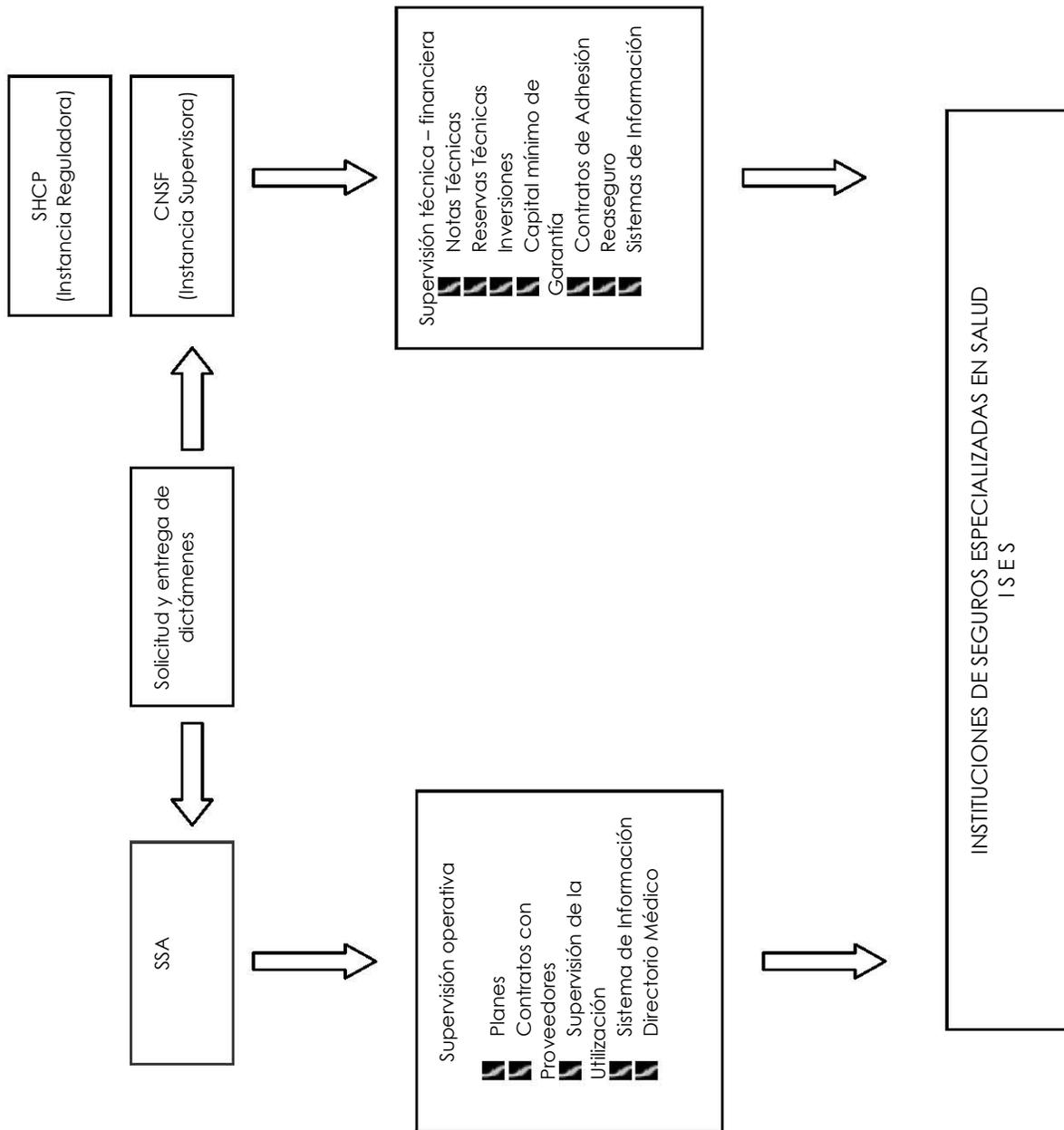
Así el esquema de regulación y supervisión quedó de la siguiente manera (ver Cuadro 1.4. Esquema de Regulación y Supervisión en México):

🏛️ Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)

Funge como órgano **regulador** de estas actividades (supervisión operativa y la técnico – financiera), tipificándolas por su naturaleza técnica de asunción del riesgo, como operaciones activas de seguros.

- ✚ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF)
Es el órgano **supervisor**, aprovechando su experiencia tanto técnico-actuarial como financiera en materia de seguros.
- ✚ Secretaría de Salud (SSA)
Opera como órgano **dictaminador** técnico especializado respecto a la calidad y suficiencia de los servicios médicos.

Cuadro 1.4. Esquema de Regulación y Supervisión en México.



Y con el fin de complementar las modificaciones a la LGISMS se publicaron las Reglas de Operación en el DOF del 24 de mayo del 2000, donde se establece lo que las ISES deben garantizar a través de la prestación de sus servicios.

Las Reglas de Operación de los Seguros de Salud establecen los lineamientos que rigen la operación en los seguros de salud en los siguientes aspectos:

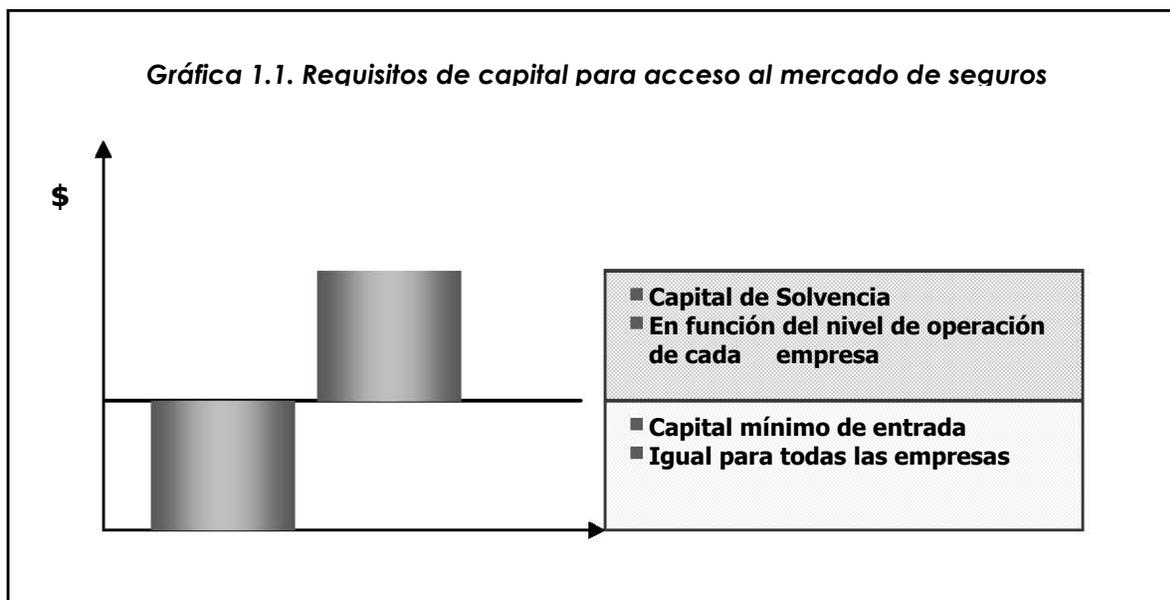
✚ Capital Mínimo Pagado

Se establece la obligatoriedad de contar con un Capital Mínimo Pagado, para inicio de operaciones, el cual lo define la Secretaría de Hacienda y Crédito Público de acuerdo a los recursos mínimos que se consideren necesarios para enfrentar los costos operativos iniciales de las instituciones que operen seguros de salud.

✚ Capital Mínimo de Garantía

Las instituciones deberán mantener un Capital Mínimo de Garantía, que sirva para garantizar el cumplimiento de sus obligaciones, ante eventuales desviaciones en sus niveles de siniestralidad derivadas de sus contratos de seguros. El monto de este capital se calculará tomando en consideración sólo la parte de riesgos que sean inherentes a los planes de seguros de cada institución.

Esto es, de los requisitos del capital para el acceso al mercado se necesita contar con ambos capitales; el Capital Mínimo Legal Pagado (capital mínimo de entrada) y el Capital Mínimo de Garantía (capital de solvencia), en forma gráfica quedaría representada de la siguiente forma, (gráfica 1.1 Requisitos de capital para acceso al mercado de seguros):



Las Reservas Técnicas.

Se establece la forma de constitución de las reservas técnicas previstas en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros:

- ▶ Reserva de Riesgos en Curso.
- ▶ Reserva de Previsión.
- ▶ Reserva de Obligaciones Pendientes de Cumplir.

La Inversión

Se establece la forma y términos en que se deberá realizar la inversión de los recursos financieros correspondientes a las Reservas Técnicas y al Capital.

La Contabilidad

Se establece la forma y términos en que se deberá realizar la contabilidad de las operaciones del seguro de salud.

Registro de Bases Técnicas

Las tarifas y reservas de los planes de seguro de salud deberán sustentarse mediante procedimientos técnicos que se registrarán ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Asimismo se registrará la documentación contractual.

Reaseguro

Se establecen los términos en que una institución de salud podrá realizar contratos de reaseguro para la diversificación de sus riesgos.

Sistemas Estadísticos

Se establece la obligatoriedad de realizar un sistema de información estadística, que sirva como base para la determinación de tarifas, así como para el análisis y supervisión de las operaciones del mercado.

La Operación y Comercialización

Se establecen las actividades que se deben observar en la operación y comercialización de los seguros de salud.

Las Reglas de Operación del Seguro de Salud señalan los criterios generales sobre los cuales las instituciones deberán garantizar que:

-  Los recursos materiales y humanos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a los asegurados;
-  Los contratos o convenios realizados con terceros tengan una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica;

- ✚ Se cuenta con los mecanismos necesarios para comunicar a los asegurados los cambios de la infraestructura con la que la institución cuenta para prestar sus servicios;
- ✚ Se cuenta con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados.

Además en las Reglas se destacan como derechos de los pacientes, entre otros:

- ✚ Acceso expedito a los servicios;
- ✚ Trato respetuoso tanto en los servicios, como a su privacidad;
- ✚ Libertad de decisión para aceptar o no las respuestas terapéuticas;
- ✚ Libertad de seleccionar al médico y al hospital para su atención, de acuerdo al plan contratado;
- ✚ Solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro;
- ✚ Seguridad personal durante su atención tanto al asegurado como a sus beneficiarios y pertenencias;
- ✚ Conocer la identidad y el grado de preparación de los servidores de salud que lo atienden y el responsable del equipo;
- ✚ Ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas;

A los médicos se les exige que cuenten con cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos técnicos y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad mantener dicha certificación vigente.

A su vez los hospitales deberán contar además de las autorizaciones y permisos necesarios, con la certificación del Consejo de Salubridad General en reconocimiento a su calidad.

La publicidad de las instituciones, se deberá expresar en forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario. Para ello, la publicidad se sujetará a las disposiciones administrativas que dicta la CNSF que a su vez tendrá las facultades para modificar o suspender la propaganda o publicidad.

Con objeto de que el asegurado esté informado de manera clara y precisa sobre los alcances de su póliza, las instituciones deberán entregar junto con ésta un folleto explicativo que incluya una descripción del plan de seguros, los beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera, entre otros. Asimismo deberá contener la forma para acceder a los servicios médicos, incluyendo todas las clínicas, hospitales y médicos empleados por la institución, detallando información de relevancia de cada uno de ellos. Lo anterior se verá más a detalle en el

Capítulo II, donde se propone el modelo de atención el cual habla de la capacitación a proveedores y usuarios; además se propone el Modelo de Acceso a los Servicios.

En las Reglas se establece con claridad, para efectos del alcance de los contratos de seguros de salud, cuándo se considera que un padecimiento es preexistente. Igualmente se señalan los términos bajo los cuales las instituciones estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios, una vez que se haya terminado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se haya suscitado dentro de la vigencia del mismo.

Para tal fin, señala que en los contratos de seguros se dispondrá que la obligación de las instituciones a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato dentro de su vigencia, terminará: al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta médica; o al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes; o al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser menor a dos años contados a partir de la fecha en que se concluya la vigencia del contrato.

Por lo que las ISES, conjuntan la previsión de un plan de salud con la función tradicional de aseguramiento, sobre la base de una conciencia preventiva y no solamente curativa, respondiendo al concepto de sistema integral de salud.

I.4 Comparación de Servicios cubiertos por el Seguro de Salud y el de Gastos Médicos Mayores

Las enfermedades presentan diferentes niveles de intensidad (no es lo mismo tener dolor de cabeza a consecuencia de una gripe a tener dolor de cabeza generado por un tumor cerebral). Dependiendo de la intensidad se presentan diferentes necesidades de tratamiento médico, estos factores tienen un efecto directo en el costo de los diferentes tratamientos a los que se tenga que recurrir.

Haciendo esa distinción entre intensidad, tratamiento y costo de la enfermedad, se dividen en cuatro niveles de atención de la salud:

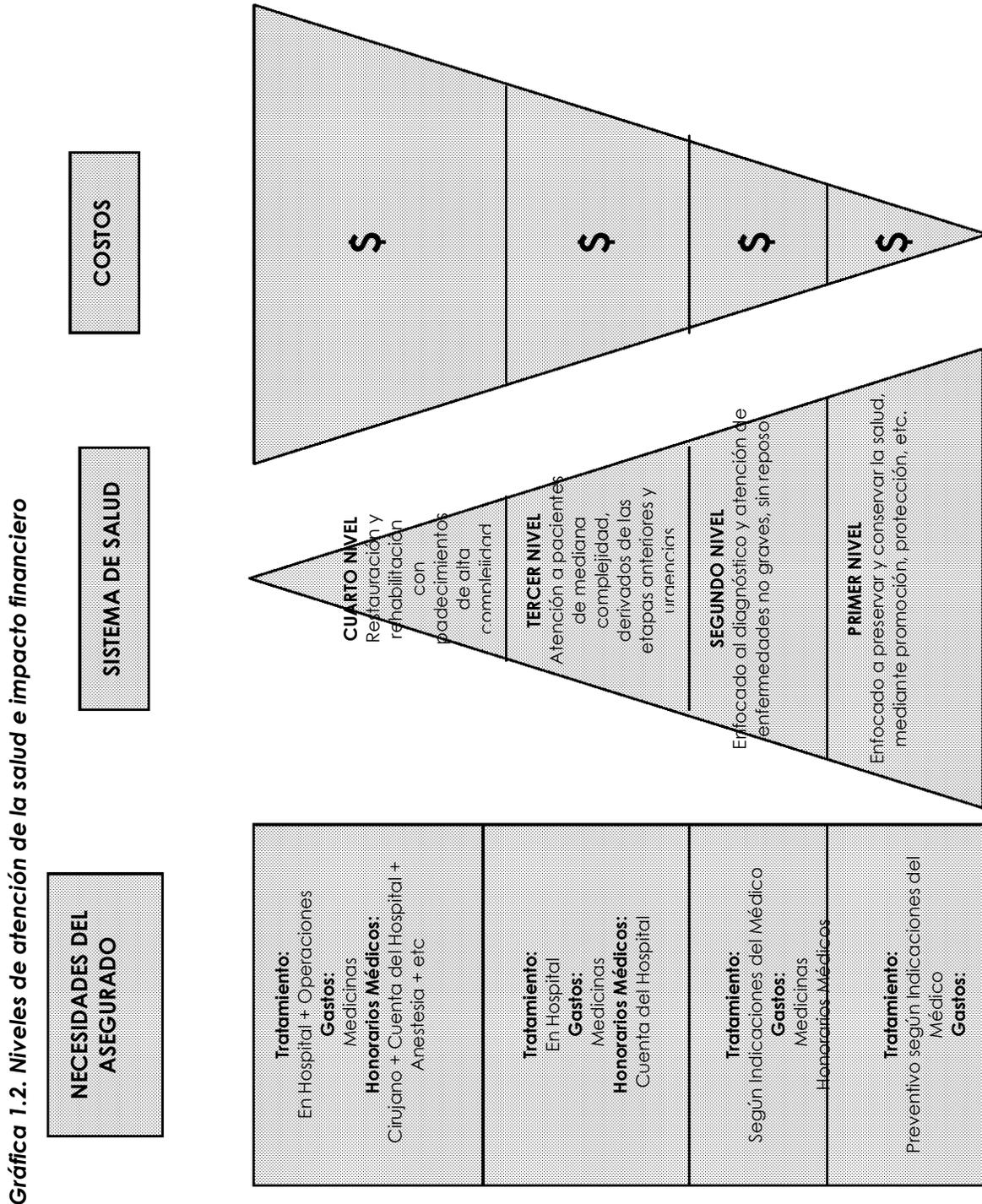
Primero: Está enfocado a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, etc.

Segundo: Está enfocado al diagnóstico y atención de enfermedades no graves que no necesitan reposo.

Tercero: En la restauración de la salud con atención a daños frecuentes y de mediana complejidad derivados de las etapas anteriores y la atención a pacientes que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas.

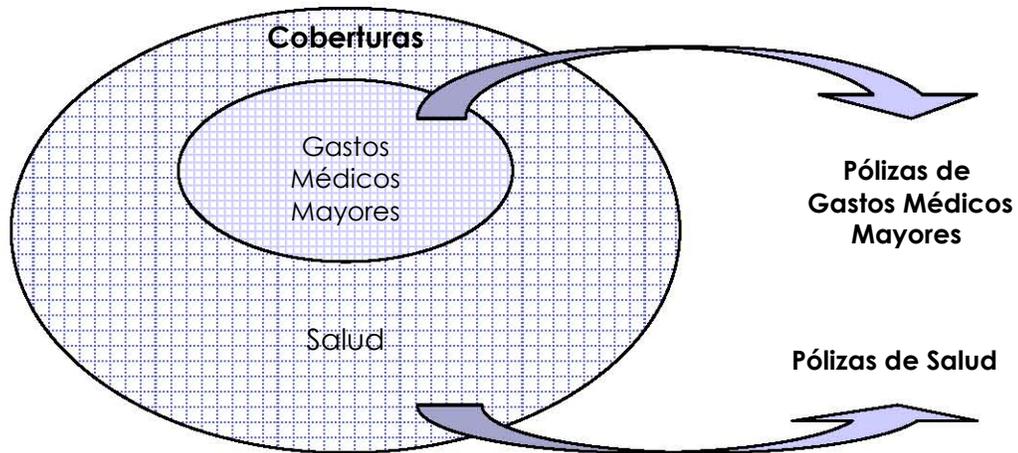
Cuarto: Es la restauración y rehabilitación de la salud de los usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y tratamientos que han sido referidos por los otros niveles de atención.

Así en la gráfica 1.2 se muestra la relación entre las necesidades del asegurado como son los tratamientos, medicamentos, hospitalizaciones, cirugías, etc; según el nivel de intensidad de la enfermedad. También se muestran los niveles de atención de la salud y el impacto financiero de cada uno de los niveles; ya que como lo había mencionado antes el nivel de intensidad y el tratamiento de la enfermedad afectan directamente el costo, como se puede observar la prevención es de menor costo que la atención para restaurar la salud.



Los cuatro niveles tienen una relación directa al objetivo de las ISES que es el de la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud. Mientras que el de Gastos Médicos es proteger al asegurado contra una eventualidad económica desfavorable a consecuencia de un accidente o enfermedad que afecte o ponga en riesgo la salud del mismo, que corresponde a los niveles tres y cuatro de atención de la salud. Por lo que se observa que las coberturas de un plan de Gastos Médicos Mayores (GMM) forman un subconjunto de las coberturas ofrecidas por los Planes de Salud, como se muestra en la gráfica 1.3.

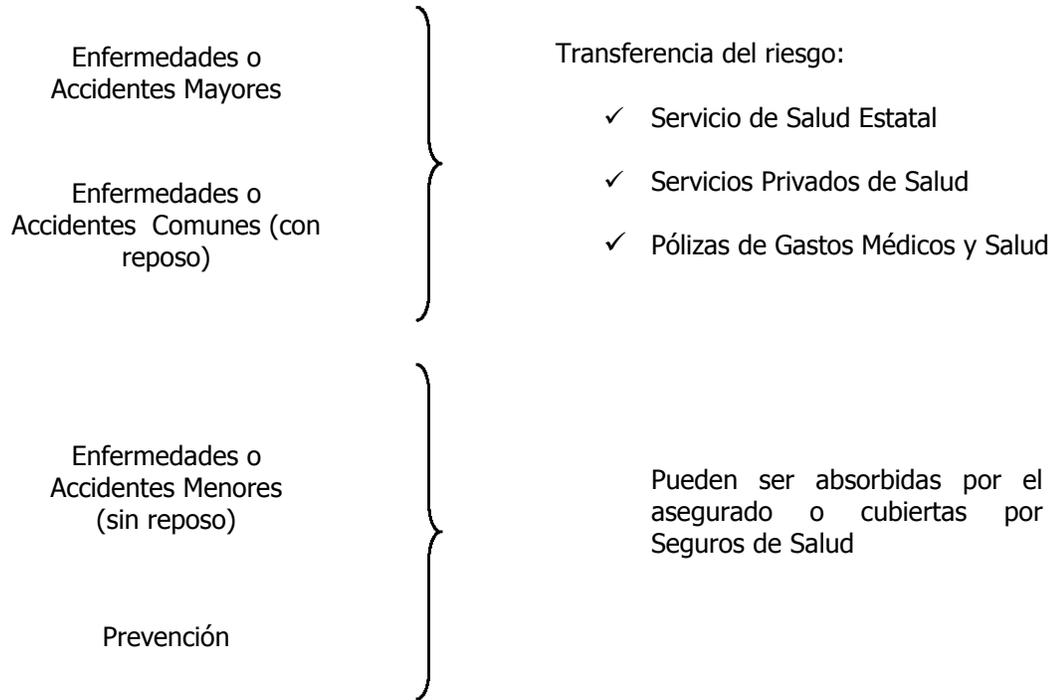
Gráfica 1.3. Coberturas del Seguro de Salud vs Coberturas de Gastos Médicos Mayores



Con respecto a la naturaleza del riesgo y su transferencia, tenemos que las Instituciones Estatales cubren lo que son Enfermedades o Accidentes Mayores, Enfermedades o Accidentes Comunes que requieren reposo, Enfermedades o Accidentes Menores que no requieren reposo y Prevención; pero como se mencionó anteriormente; en muchos de los casos el servicio prestado por estas Instituciones Estatales son de mala calidad en la actualidad por lo que en la mayoría de los casos estas contingencias corren a cargo de la economía familiar, ya que recurren a servicios privados aunque estén asegurados con las instituciones estatales.

Para los riesgos que conllevan un desembolso mayor para la economía familiar, que son los de Enfermedades o Accidentes Mayores y las Enfermedades o Accidentes Comunes con reposo, se pueden cubrir mediante una póliza de GMM y así las Compañías que adquieran un póliza de este tipo transferir el riesgo a estas. Mientras que a las ISES se les pueden transferir estos cuatro tipos de riesgo, siendo benéfico para la economía familiar que acostumbra hacer uso de los servicios privados y también para las empresas ya que sería una prestación más para sus trabajadores, además que los mantendría sanos para que desempeñen un mejor trabajo. Gráficamente puede presentarse como sigue:

Esquema 1.1 Clasificación de Enfermedades y Accidentes y Transferencia del Riesgo



Haciendo una comparación de coberturas entre GMM y Salud reafirmamos que GMM es un subconjunto de Salud. Para mayor ejemplificación a continuación se enlistan las Coberturas básicas más comunes de Gastos Médicos Mayores y Salud.

Algunas de las Coberturas básicas de Gastos Médicos Mayores:

- ▶ Consultas médicas dentro y fuera del hospital.
- ▶ Honorarios médicos.
- ▶ Honorarios de anestesia.
- ▶ Honorarios de enfermera.
- ▶ Gastos de habitación y alimentos en hospitales o sanatorios.
- ▶ Gastos de sala de operaciones, recuperación o de curaciones, unidad de terapia intensiva y unidad de coronarias.
- ▶ Medicamentos.
- ▶ Estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

- ▶ Gastos de transfusiones, consumo de oxígeno, aplicación de suero y otras sustancias.
- ▶ Gastos de transporte en ambulancias.

Coberturas adicionales de Gastos Médicos Mayores:

- ▶ Preexistencia.
- ▶ Ambulancia aérea.
- ▶ Reinstalación automática de Suma Asegurada.
- ▶ Cobertura en el extranjero.
- ▶ Embarazo.
- ▶ Ampliación en edad de renovación.

Coberturas del Seguro de Salud

- Consultas de medicina familiar.
- Consultas de especialidades.
- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Estudios de radiodiagnóstico.
- Medicamentos.
- Intervenciones quirúrgicas.
- Maternidad.
- **Dentales.**
- Servicios médicos adicionales.

Finalmente se observa que el Seguro de Salud a diferencia del Seguro de Gastos Médicos Mayores se enfoca a la atención primaria y secundaria, buscando en el primer caso evitar enfermedades y con el segundo detener la progresión de procesos patológicos. Este seguro también puede ofrecer la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud. Por otra parte el seguro de Gastos Médicos Mayores cubre los gastos efectuados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente previsto en el contrato. De esto se puede desprender que este tipo de seguros sólo cubre el reestablecimiento de salud, es decir cubre lo que se diagnosticó.

Por lo que si las familias mexicanas como ya se mencionó anteriormente, no crean un ahorro para la prevención en la salud y mucho menos en la salud bucal, se tiene que de las ventajas que tienen los Seguros de Salud es, que unas de sus coberturas son los servicios dentales y dado que el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de un plan de seguro de salud dental para Grupo y Colectivo, se debe iniciar desarrollando el Modelo de Atención para dicho plan, dado que es uno de los principales lineamientos que deben de cumplir las ISES para prestar servicios de calidad y dicho modelo se desarrolla a continuación.

Conclusiones.

Como se observó en este capítulo el cuidado de la salud ha preocupado y se ha desarrollado desde la antigua china hasta nuestros días, contando con sistemas de atención para la salud que difieren de país a país, ya que depende del marco económico y político que prevalezca en dicha entidad; sin embargo los sistemas más parecidos al mexicano son los de América Latina y en algunos aspectos al de Estados Unidos, dichos aspectos en común parecidos o copiados al norteamericano deben ser monitoreados porque quizás no sean los más viables para la economía mexicana.

Por otra parte el abanico que se esta abriendo en cuanto a los servicios de salud en México es importante, ya que esto ayuda al fortalecimiento de la economía, pues los servicios de salud representan el 5%⁹ del Producto Interno Bruto y van en aumento; lo que es mejor, se esta dando este crecimiento de forma acotado y legislado como es el caso de los seguros de salud que ofrecen las empresas privadas (ISES).

Además los seguros de salud que ofrecen las Instituciones Especializadas en Seguros de Salud son integrales, ya que no sólo son curativos sino también preventivos, lo cual es un gran logro proporcionarle este tipo de servicios a los mexicanos ya que la población no cuenta con una cultura de prevención, buscando con esto, que se cree y fortalezca.

Por otro lado dichos servicios son monitoreados por la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, bajo las Reglas de Operación del ramo de salud, publicadas en mayo del 2000, donde uno de los principales objetivos es el contar un Modelo de Atención con el que deben cumplir las ISES a fin de que la prestación y administración de sus servicios sean de alta calidad.

⁹ Presentación "Los seguros de Salud en México", 2001, Lic. Fernando Alvarez del Río

Capítulo II

Propuesta de Modelo de Atención de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo

II.1 Modelo de Atención Propuesto

Son tres los aspectos que trata este capítulo, los cuales deben cumplir las ISES ante las autoridades correspondientes (SHCP, CNSF, SSA) a fin de que éstas instituciones cuenten con un alto nivel de calidad en la prestación y administración de sus servicios. Estos tres aspectos son la Administración de la ISES, Capacitación a Proveedores (Manual del Proveedor) y Capacitación a Usuarios (Folleto Explicativo), los cuales se complementan unos a otros y juntos forman el Modelo de Atención.

El Modelo de Atención es la forma de administrar la ISES, ya que esta constituido por las responsabilidades y derechos de cada una de las partes. Esto es, las ISES tiene tanto derechos como obligaciones con los usuarios y proveedores (por ejemplo, la administración de los siniestros, pagar a los proveedores bajo el esquema descrito en los contratos celebrados por ambas partes, prever servicios de calidad a los usuarios, etc.), de igual forma los proveedores con respecto a las ISES y los usuarios (como el que los proveedores deben estar conscientes de sus derechos y obligaciones, cómo deben tratar a los usuarios, cómo la ISES les pagará sus honorarios, etc.) y por último los usuarios con las ISES y los proveedores (por ejemplo, los usuarios deben saber cuáles son las coberturas y exclusiones de su seguro, si existen periodos de espera, como van a tener acceso a los servicios, obligación del pago de la prima, etc.); de forma gráfica quedaría **(Figura 2.1. Elementos que Forman el Modelo de Atención)**:

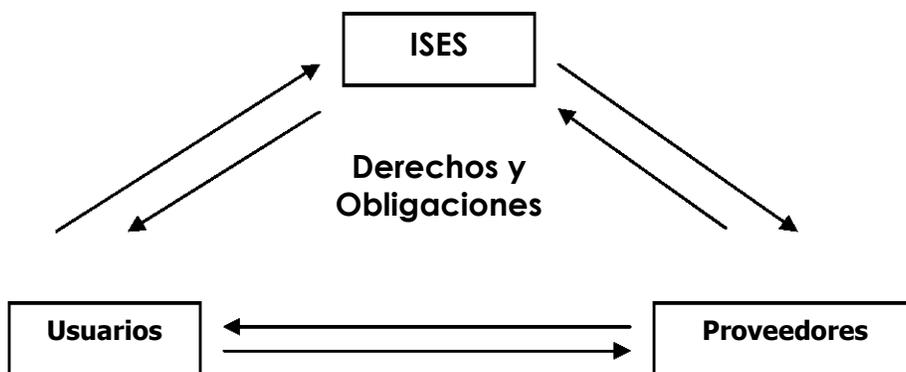


Figura 2.1. Elementos que Forman el Modelo de Atención

A continuación se muestra un cuadro en el cual se desglosan las características que debe cumplir el Modelo de Atención junto con el Manual del Proveedor y el Folleto Explicativo.

MODELO DE ATENCION
Circular S-24.1
CUADRO 2.1

Título Primero
Capítulo II
Regla Octava

En esta Regla se menciona que las ISES deben contar con un programa de atención, administración y control interno, los cuales deben de cumplir con ciertas características, como:

<i>Descripción:</i>	<i>Aplica a:</i>
Las ISES deben contar con una estructura para la atención médica de los usuarios, así como políticas para satisfacer adecuadamente las necesidades del usuario.	Modelo de Atención
Tener mecanismos de atención y control de quejas y pago de reclamaciones.	Modelo de Atención Manual del Proveedor Folleto Explicativo
Que cuente con los sistemas que requiere para el registro, control y reporte de la estadística relativa a estos seguros.	Modelo de Atención Manual del Proveedor
Que tenga la forma y términos en que la institución prevé prestar los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre, especificando los recursos propios que empleará y, en su caso, los contratos de prestación de servicios que celebrará con terceros para ese efecto, o la utilización de ambos.	Modelo de Atención Manual del Proveedor

Título Primero
Capítulo IV. De los Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual
Regla Décima Quinta

<i>Descripción:</i>	<i>Aplica a:</i>
Menciona que las ISES deben presentar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas los Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual emitidos por la Secretaría de Salud, para que se les autorice a manejar el Ramo de Salud así como verificar anualmente que son suficientes para prestar los servicios.	Modelo de Atención

Título Primero
Capítulo IV. De los Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual
Regla Décima Sexta

Para poder obtener los dictámenes mencionados en la Regla Décima Quinta, las ISES deben cumplir con los siguientes puntos:

<i>Descripción:</i>	<i>Aplica a:</i>
Que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos.	Modelo de Atención
Que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios, garanticen una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para el debido cumplimiento frente a sus asegurados.	Modelo de Atención
Que cuente y cumpla en forma adecuada con su programa de utilización de los servicios médicos, para ello deberá contar con los manuales de organización y procedimientos respectivos.	Modelo de Atención Manual del Proveedor Folleto Explicativo
Que cuenten con los mecanismos necesarios para comunicar a sus asegurados de los cambios que sufra la infraestructura con la que la institución cuente para prestar los servicios objeto de los contratos de seguros, tales como instalaciones propias, instalaciones contratadas con terceros y red de prestadores, entre otros.	Modelo de Atención Folleto Explicativo
Las ISES deben garantizar que la prestación de los servicios ofrecidos mediante recursos propios o a través de terceros, cumplan con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, Las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia.	Modelo de Atención Manual de Proveedor
Que las ISES cuenten con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados bajo lo previsto en la Ley General de Salud, Las Normas Oficiales Mexicanas y las demás disposiciones aplicables en la materia.	Modelo de Atención Manual del Proveedor
Que las ISES cuenten con mecanismos de información a sus asegurados, que precisen sus derechos y obligaciones.	Modelo de Atención Folleto Explicativo

Que las ISES cuenten con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados.	Modelo de Atención Manual del Proveedor Folleto Explicativo
Que cuente con los manuales de organización y procedimiento respecto a la prestación de los servicios de salud que ofrezca.	Modelo de Atención Manual de Proveedores Folleto Explicativo
Las ISES deben contar con los mecanismos necesarios para preservar los derechos de los pacientes. Como derechos se consideran: el Acceso Expedito, Respeto y Dignidad, Privacidad y Confidencialidad, Seguridad Personal, Identidad, Información, Comunicación, Consentimiento, Consultas, Negativa al tratamiento, Selección del Médico y Hospital.	Manual del Proveedor Folleto Explicativo
Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, las ISES deberán establecer en éstos la obligación de los prestadores de contar con los mecanismos para preservar los derechos de los pacientes.	Modelo de Atención Manual del Proveedor

Título Primero

Capítulo VII. Del Control y la Utilización de los Servicios Médicos

Vigésima Séptima

<i>Descripción:</i>	<i>Aplica a:</i>
Las ISES deberán contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos. Dicho programa deberá apegarse a las disposiciones que emita la SSA. El programa deberá incluir los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y mal uso de los mismos.	Modelo de Atención Manual del Proveedor

Título Tercero

Capítulo II. Del Registro de documentación Contractual

Cuadragésima Quinta

<i>Descripción:</i>	<i>Aplica a:</i>
Las ISES deberán entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguros. Dicho folleto deberá describir de forma clara y precisa el plan de seguros que	Modelo de Atención Folleto Explicativo

<p>haya adquirido; 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.</p> <p>Asimismo el folleto deberá detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de asegurados.</p> <p>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.</p> <p>Este documento deberá presentarse ante la Comisión al momento de registrar la documentación contractual.</p>	
---	--

Por lo que se resalta que las ISES deben:

- ✦ Contar con constante capacitación a los Usuarios en cuanto a la forma de acceso al servicio,
- ✦ Dar el servicio mediante el pago de una prima por parte de los usuarios,
- ✦ Dar solución a las preguntas, quejas y sugerencias de los usuarios,
- ✦ Contar con un sistema de capacitación a sus proveedores,
- ✦ Pagar los honorarios de sus médicos mediante procesos ya establecidos,
- ✦ Contar con una alta calidad interna para ofrecer un buen servicio a todos sus usuarios.

Eso es en cuanto al funcionamiento con los usuarios y proveedores, pero además debe tener control sobre:

- El manejo de siniestros,
- Las estadísticas,
- Lo contable,
- Lo financiero.

El Modelo de Atención propuesto se origina con las ISES ya que es la que estará encargada de dar capacitación a los usuarios y proveedores. Por lo que se proponen los siguientes puntos en que la ISES debe de capacitar a sus usuarios para otorgar en este caso los servicios odontológicos, como es la forma de:

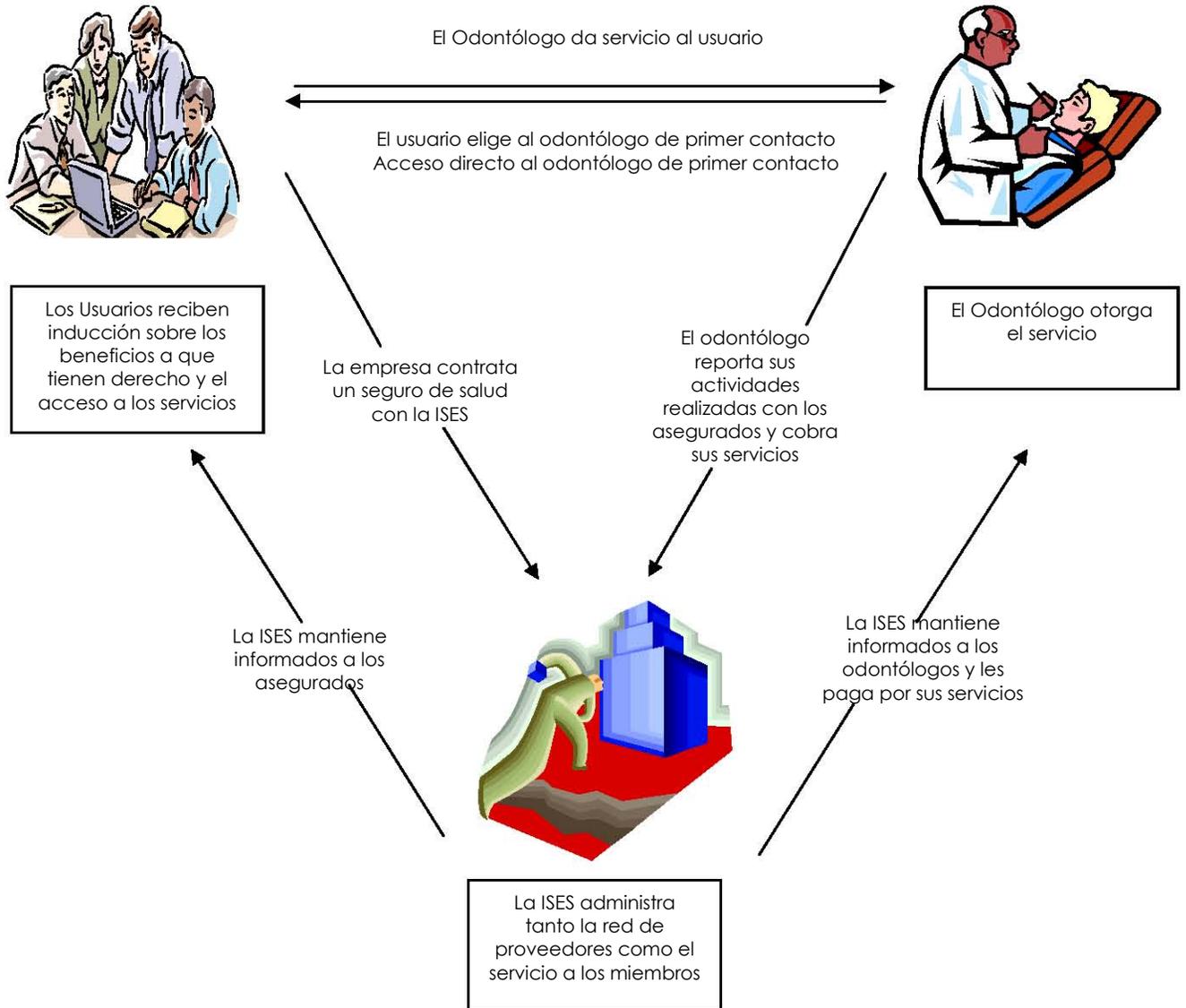
- Acceso al servicio médico,
- Pagar la prima de su póliza,
- Elegir a su Odontólogo de Primer Contacto (OPC),
- Realizar cambio de OPC si así lo desea el usuario,
- Concertar una cita con el OPC elegido,
- Pagar el copago adscrito en la credencial,
- Recibir servicio del OPC.

A los proveedores la ISES debe informarles que:

- El OPC debe dar servicio a los usuarios del plan de Salud Dental siempre y cuando este le muestre su credencial vigente y pague el copago señalado en la credencial,
- El pago por sus honorarios será efectuado por las ISES, bajo las condiciones que se hayan estipulado,
- Cualquier duda con respecto al plan puede ser aclarada mediante una llamada al Centro de Atención Telefónica (CAT).

Gráficamente el modelo de atención propuesto se muestra en la siguiente página (gráfica 2.1. Propuesta de un Modelo de Atención de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo)

Gráfica 2.1. Propuesta de un Modelo de Atención de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo



II.2 Capacitación a Proveedores

Se pide que las ISES cuenten con los manuales de organización y procedimiento respecto a la prestación de los servicios de salud que ofrezca. Por esta razón se propone la creación de un manual en dónde se le explique al proveedor el Modelo de Atención; además de que serviría como manual de capacitación; en dicho manual se especificarían las características bajo las cuales estarían trabajando los proveedores, como son:

➤ **Identificación del Usuario, Normas y Procedimientos y Formatos.** Aquí se propone la descripción del mecanismo bajo el cual deben trabajar los proveedores para llevar a cabo una recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados que los hayan seleccionado como su OPC. Además se les capacitaría para que participen con la ISES y se lleve a cabo un control sobre la utilización y demás estadísticas necesarias, dicho control se llevaría a cabo mediante el llenado de formatos dónde especificarían datos importantes para la utilización y estadísticas.

➤ **Derechos del Usuario.** En esta sección se describirían los derechos de los pacientes los cuales tienen que prevalecer, como son: el Acceso Expedito a los servicios odontológicos, Respeto y Dignidad, Privacidad y Confidencialidad, Seguridad Personal, Identidad, Información, Comunicación, Consentimiento, Consultas, Negativa al tratamiento, Selección del OPC.

➤ **Contratos tipo.** Son contratos en los que establecen los servicios ofrecidos, mediante recursos propios o de terceros los cuales deben cumplir los requisitos establecidos por la Ley General de Salud y Las Normas Oficiales Mexicanas.

➤ **Compensaciones y programas de incentivos.** En este apartado se explicaría a los proveedores el programa de incentivos y los tipos de compensaciones a que tendrían derecho. Este tipo de incentivos es favorable para la ISES ya que los proveedores estarían dando un servicio de calidad.

➤ **Responsabilidades del Odontólogo.** Se describirían las responsabilidades que contrae el proveedor frente a la ISES y al usuario.

➤ **Dudas y Quejas.** Se especificaría el procedimiento a seguir cuando al proveedor le surja una duda y/o queja.

Los puntos anteriores ayudarán a detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y mal uso de los mismos.

A continuación se desarrolla cada apartado que podría formar parte de un Manual del Proveedor.

II.2.1 Identificación del Usuario

Este punto es de gran importancia para el OPC, dado que mediante este proceso deben identificar al usuario que tiene derecho a los servicios. Así el proceso y descripción del punto propuesto se desarrolla a continuación.

A. Identificar al usuario del Plan de Seguro de Salud Dental

Los usuarios que contraten el Plan de Seguro de Salud Dental recibirán una credencial. Cada usuario tendrá que mostrar la credencial y una identificación oficial con fotografía antes de utilizar un servicio médico odontológico.

Credencial.¹⁰

La credencial del Plan contendría la siguiente información:

- ✓ Nombre del usuario.
- ✓ Número del miembro (número que la compañía asigna a cada usuario).
- ✓ Teléfono de Centro de Atención Telefónica (CAT), donde se pueden verificar la vigencia del plan, coberturas, exclusiones y copagos.

B. Verificar la vigencia del Plan de Seguro de Salud Dental.

Se propone las siguientes formas en que el proveedor verificaría que el usuario tiene vigente su póliza.

1. Lista mensual de usuarios.

Al inicio de cada mes se entregaría al OPC una lista actualizada donde se desglosaría el nombre de los usuarios del Plan de Salud Dental que lo hayan seleccionado durante ese mes. Para verificar que el usuario se encuentra vigente en el plan tendría que referirse a la "Lista mensual de usuarios" para ese mes y llamar al CAT.

2. Credencial y vigencia de derechos.

El OPC deberá solicitar al usuario la credencial del Plan de Seguro de Salud Dental y una identificación oficial con fotografía, antes de proporcionarle la atención.

3. Centro de Atención y Servicio.

Siempre tendrá el OPC la opción de llamar al CAT para verificar la vigencia del plan.

II.2.2 Pago a Proveedores

Los pagos a proveedores existentes aquí en México de acuerdo a la forma de contratación se enlistan en los siguientes párrafos.

☒ Pago por servicio prestado (fee for service). Esta forma de contratación supone que el pagador del servicio (es decir la ISES) debe desembolsar una suma fija por cada servicio prestado. El precio que se paga puede ser concertado o no con anterioridad.

☒ Pago por caso. El servicio que se paga es un tratamiento de un caso completo, como por ejemplo la atención recibida por una apendicitis. Se asume que cada patología tiene en promedio un costo estándar.

☒ Pago por capitación. Este tipo de contrato se da cuando el pagador del servicio se compromete a pagarle al proveedor un monto fijo por caso paciente cubierto, sin importar el número de veces que el paciente acuda al médico o a cualquier institución contratada, además se encuentran en una lista detallada, donde se incluyen los códigos de tratamiento apropiados para cada procedimiento o servicio dental, como por

¹⁰ Ver Anexo II

ejemplo los que se encuentran en el Anexo III, Procedimientos Dentales Cubiertos por Capitación.

☞ Pago por presupuesto. Este tipo de pago se utiliza únicamente en instituciones hospitalarias o ambulatorias de cualquier nivel de atención. Puede ser de dos formas: por presupuesto histórico, el cual toma la experiencia de los gastos que se han producido en el pasado, actualizándolos con algún indicador financiero; presupuesto proyectado, el cual se basa en los volúmenes de atención a las patologías esperadas en un periodo dado de tiempo.

☞ Pago por salario (igual). Pago periódico de una suma fija independientemente del tipo o cantidad de servicios prestados. Predominantemente utilizado en el pago de los miembros generales o en algunas especialidades básicas.

☞ Pago por Honorario. Es el pago por servicio dental específico. Estos montos se encuentran en una lista llamada tarifa la cual le compensa por los servicios médicos realizados.

La forma de pago propuesta en este trabajo para el Odontólogo es el pago por Honorarios.

Monto del honorario.

El monto está determinado con base en el costo en el D.F. por cada servicio dental. El tabulador de honorarios especifica los servicios dentales cubiertos y la cantidad que se le pagará por proporcionar estos servicios dentales a un usuario del Plan de Salud Dental.

Pago de honorarios.

El periodo de pago de honorarios se debe definir en los contratos efectuados, además de que es recomendable que los proveedores lleven los formatos completos y el recibo de honorarios correspondiente.

II.2.3 Normas y Procedimientos

Las Normas y Procedimientos son el mecanismo bajo el cual deberían las ISES trabajar para llevar a cabo una recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados de manera ágil y oportuna; por lo que a continuación se proponen los puntos que se pueden desarrollar en el manual.

1. Autorizaciones:

Objetivo de la autorización:

El proceso de autorización evalúa la necesidad de un tramite dental.

Para obtener la autorización:

El Odontólogo deberá obtener la autorización, para lo cual tendrá que llamar al CAT y requerir el "Formato Múltiple de Servicios" (Como el que se muestra en el Anexo IV Formato Múltiple de Servicios)

Datos requeridos para solicitar la autorización:

- ✓ Nombre del usuario.
- ✓ Número de miembro.
- ✓ Fecha en que se solicita la autorización.
- ✓ Nombre del OPC y número de proveedor.
- ✓ Fecha programada para el servicio dental.
- ✓ Diagnóstico dental y código del diagnóstico. Este dato es un requisito indispensable (ICD10)¹¹
- ✓ Resumen de los servicios dentales que recibirá el usuario y código de tratamiento. Este dato es un requisito indispensable (CPT4)¹²

El Centro de Atención Telefónica le daría la siguiente información:

- ✓ Número de autorización.
- ✓ Servicio autorizado.
- ✓ Confirmará el nombre del OPC que proporcionará el servicio dental.
- ✓ Confirmará el lugar donde se proporcionará el servicio dental.

2. Procedimiento para la autorización

El CAT evaluará la necesidad del servicio dental, basado en la siguiente información:

- ✓ La información del OPC;
- ✓ La ética del OPC;
- ✓ La necesidad de los servicios dentales solicitados.

3. Autorización negada

Si se determina que un servicio dental no parece ser médicamente necesario basado en la información obtenida, el CAT explorará otras opciones. Si a pesar de la información ofrecida por el OPC, aún se está en desacuerdo respecto a la necesidad médica de un servicio, el OPC y/o el usuario podrá recurrir al proceso de apelaciones.

4. Cambio de OPC

Siguiendo las Reglas de Operación del Ramo de Salud se especifica que el usuario pueda elegir a su odontólogo, siendo así se proponen los siguientes puntos que deberían formar parte de un manual del proveedor.

1. Cambio de Odontólogo Solicitado por el Usuario.

Mencionar el número de veces que el usuario puede hacer cambio de odontólogo y el procedimiento a seguir en caso que desee hacerlo. Por ejemplo que el usuario cuenta

¹¹ **ICD9, ICD10** (International Classification of Diseases, 9th or 10th edition) Lista de códigos de **diagnósticos** utilizados por los proveedores médicos para reportar el estado de una enfermedad o condición. Ambos códigos sirven para llevar un control de siniestros en una aseguradora.

¹² **CPT4** (Current Procedural Terminology). Lista de servicios y **procedimientos** médicos suministrados o facilitados por proveedores médicos

con la posibilidad de cambiar de OPC dos veces al año, además sólo podrá seleccionar Odontólogos de la Red de Proveedores de la ISES.

Si se efectúan dichos cambios, estos deberían de reflejarse en la "Lista mensual de usuarios" del Plan de Salud Dental, la cual será proporcionada a cada OPC al principio de cada mes.

Estos cambios afectarán el bono de fin de año para tal OPC.

2. Cambio Solicitado por el OPC.

Es recomendable que el OPC tenga la opción de dejar de ser el Odontólogo de un usuario en particular, para esto sería necesario mencionar el proceso para hacerlo, como propuesta se tiene el siguiente proceso:

- ✓ El OPC que solicita el cambio debe llamar al CAT para solicitar este.
- ✓ El CAT revisará la situación y determinará si el cambio es aceptado y a partir de cuándo.
- ✓ El Odontólogo deberá seguir proporcionando todos los servicios dentales requeridos por el usuario en cuestión hasta que el cambio surta efecto.

5. Otros

En este apartado se mencionarían todos aquellos puntos que no entraron en los anteriores, como por ejemplo uno de ellos es el de:

Segunda opinión:

Este caso se daría si el usuario no está conforme con algún diagnóstico dental, puede solicitar autorización para una segunda opinión al CAT. Esta segunda opinión debe ser con un Odontólogo participante en la Red de Proveedores.

II.2.4 Formatos

Los formatos son importantes porque:

1. Ayudan a la Administración Médica a determinar y evaluar el servicio dental que se le otorga al usuario.
2. También son necesarios para medir la utilización de los servicios médicos.
3. Con dichos formatos se obtendrían los datos que son requeridos en las estadísticas de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Salud.
4. Al crear una base de datos con información de los servicios otorgados se puede dar seguimiento a los productos.
5. Llevar control para programas de incentivos a los OPC.
6. Son la base para la creación de nuevos productos, entre otros muchos tantos beneficios que se generan al crear una base de información sobre la utilización de los planes ofrecidos.

Por lo que se propone mencionar en el manual el llenado de los formatos, como por ejemplo para los siguientes servicios médicos:

1. Consulta dental.
2. Incapacidad.

En el siguiente cuadro se describe la funcionalidad del formato propuesto en el Anexo IV Formato Múltiple de Servicios.

SERVICIOS MÉDICOS	
<i>Consulta dental</i>	<i>Incapacidad</i>
<p>Formato Múltiple de Servicios.</p> <p>Para todo servicio dental proporcionado se deberá llenar un "Formato Múltiple de Servicios"; el cual debe ser utilizado por los Odontólogos para registrar las actividades realizadas.</p>	<p>Certificado de Incapacidad</p> <p>El Certificado de <i>Incapacidad Temporal</i> para el trabajo, es el documento médico que se expide al empleado, para hacer constar la incapacidad temporal que tiene para desempeñar su trabajo. Este formato tiene objetivos estadísticos para la ISES solamente y no tiene ningún valor ante el IMSS o la empresa.</p>

II.2.5 Responsabilidades del Odontólogo

Es importante que se mencionen en el manual las responsabilidades del OPC, ya que de esta manera el Manual sería una forma fácil de tener a la vista sus responsabilidades y no referirse al contrato firmado por la ISES y el Odontólogo. Además de las responsabilidades establecidas en la normatividad publicada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Circular S-24.1 de mayo del 2000.

1. Obligaciones del Odontólogo

El Odontólogo se obliga a:

- Tratar con profesionalismo, respeto y dignidad a todos los usuarios.
- Cerciorarse de que el plan de salud esté vigente.
- Cerciorarse de que el usuario portador de la credencial sea el mismo cuyo nombre aparece en la credencial y el mismo a quien se le proporcionará el servicio dental.
- Mantener una relación de cortesía con el usuario.
- Dar respuesta rápida y cortés a todas las preguntas del usuario.
- Prestar los servicios dentales en forma directa.
- Estar disponible y accesible cuando los usuarios, razonablemente lo requieran dentro del horario de servicio pactado con la ISES.
- Aceptar nuevos usuarios, de acuerdo con su capacidad física instalada, esto debido que la SSA tienen estándares del número de consultas por hora.

- Tener la capacidad humana y conocimientos profesionales para cuidar de la salud del usuario.
- Llenar los formatos adecuadamente con la información requerida y codificar conforme al ICD10 y CPT4.
- Asumir responsabilidad profesional por cualquier acto u omisión médica.
- Solicitar las autorizaciones al CAT, cuando sea necesario.
- Enviar y verificar que se haya recibido la información referente al servicio dental.
- Conservar los expedientes médicos de los usuarios completos, en orden y actualizados.
- Mantener la información de los archivos médicos en forma confidencial.
- Aceptar y respetar el hecho de que los contratos y manuales de proveedores son confidenciales y propiedad de la ISES.
- Dar acceso al personal de la ISES a los archivos médicos de los usuarios, cuando así se le requiera.

2. Historia Clínica Odontológica

Como se indicó antes es responsabilidad del Odontólogo mantener actualizados y en orden los expedientes clínicos de los usuarios. Ver Anexo V, Historia Clínica Odontológica.

En dichos expedientes clínicos es recomendable:

- ✓ Incluir copia de la credencial. Esta debe estar colocada en un lugar visible, como la portada o las primeras hojas.
- ✓ Incluir Historia Clínica Odontológica

II.2.6 Derechos del Usuario

Así como se propone enlistar las obligaciones de los odontólogos, también sería necesario describir las obligaciones y derechos que tienen los usuarios en el Manual del Médico, ya que en base a estos el OPC les va a otorgar el servicio. Los derechos y obligaciones propuestas son las siguientes:

- Recibir atención médica apropiada y accesible.
- Ser tratados con respeto y de una manera profesional.
- Recibir respuesta rápida y cortés a todas sus preguntas.
- Recibir trato confidencial en asuntos delicados, de acuerdo a los términos expresados en el Plan de Salud Dental.

- Proporcionar a los médicos y proveedores que lo estén atendiendo, la información necesaria para prestar los servicios médicos.
- Mantener una relación cortés médico-usuario, en la que siempre haya cooperación.
- Cumplir con las obligaciones descritas en el Plan de Salud Dental.
- Recibir información completa y comprensible acerca de los beneficios del Plan de Salud Dental contratado y de los proveedores.
- Recibir audiencia justa y a tiempo para cualquier queja con respecto al contrato, beneficios o relacionado con el Plan de Salud Dental o los proveedores participantes de la Red.
- Solicitar una segunda opinión cuando considere que es médicamente necesaria.
- Expresar, como usuario, su satisfacción o descontento con cualquier aspecto del Plan de Salud Dental.

II.2.7 Dudas y Quejas

Este apartado es de suma importancia para el proveedor, ya que mediante él sabrá la forma y términos en que puede aclarar sus dudas o expresar sus quejas en cuanto al servicio que está ofreciendo. Así la propuesta es detallar el proceso para adquirir orientación o cualquier inquietud que tenga el proveedor.

II.2.8 Contratos tipo

En la Regla Décimo Sexta, inciso 5 de la Circular 24.1, se menciona que las ISES que presten sus servicios a través de terceros deberán celebrar contratos en los cuales se les dé cumplimiento a los requisitos establecidos en la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas. Además que los médicos cuenten con cédula profesional, su certificación vigente en caso de que existan consejos de certificación de especialidad y preferentemente pertenecer a uno de los consejos. Entonces este apartado no formaría parte del Manual del Médico pero forma parte de este trabajo como un anexo para la ejemplificación de los contratos tipo de prestación de servicios, lo cual mostraría de alguna manera el cómo están formados estos contratos (Ver VI Contrato Tipo).

II.3 Folleto Explicativo

Como se mencionó al principio de éste capítulo, uno de los aspectos importantes para que una institución funcione o se constituya como ISES es el contar con el Folleto Explicativo del Plan en Venta, en este caso sería el Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo, el cual se tiene que presentar ante la CNSF cuando se registre la documentación contractual de la institución interesada. Las características de dicho documento se especifican en la Circular 24.1, Reglas para la Operación del Ramo de Salud; pero no obstante a continuación se enlistan las características con las que cuenta el Folleto Explicativo.

Las ISES deberán entregar al usuario y/o contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguros

El Folleto Explicativo debe:

- ⊗ Describir de forma clara y precisa el plan de seguros que se haya adquirido.
- ⊗ Mencionar la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados.
- ⊗ Mencionar las características relevantes de la póliza, tales como: coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera, prescripciones, entre otros.
- ⊗ Detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de asegurados.
- ⊗ Contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales empleados 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.
- ⊗ Mencionar también la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones.
- ⊗ El suplemento mencionado debe establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

Este documento deberá presentarse ante la Comisión al momento de registrar la documentación contractual.

A continuación se propone el esquema de un Folleto Explicativo para el Plan de Seguro de Salud Dental que cumple con las características antes mencionadas:

A. Odontólogo de Primer Contacto (OPC)

En este punto se explicaría al usuario qué es y cómo se le denomina a su Odontólogo, es decir los Odontólogos mencionados en el Folleto Explicativo, se refieren a proveedores pertenecientes a la red de la ISES, denominados Odontólogos de Primer Contacto (OPC).

Además es conveniente mencionar que sólo los servicios odontológicos mencionados en el manual son cubiertos por la ISES y atendidos por Odontólogos de la Red (OPC).

B. Copago

Un aspecto fundamental del plan de salud dental es el Copago. El copago es un monto que el usuario debe pagar al Odontólogo de la Red, al momento de recibir una atención dental cubierta. Cada tratamiento puede tener un copago diferente, sin embargo en ocasiones puede ser de \$0.00 pesos, según el plan.

C. Acceso

De igual forma se tendría que exponer el proceso de acceso a los servicios cubiertos por el plan, esto mediante la explicación del flujo el cual podría ser de la siguiente manera:

- El usuario deberá elegir a su OPC del Directorio de Proveedores. Es importante mencionar que el OPC puede ser diferente para cada uno de los miembros de la familia del titular.
- El usuario puede cambiar de OPC, hasta el número de veces a que este restringido en el plan.

Proceso para obtener una cita con el OPC.

El usuario debe:

- Comunicarse con su OPC y solicitar una cita.
- Acudir al consultorio en la fecha y hora señalados para la atención.
- Presentar su credencial del Plan de Salud Dental.
- Efectuar el copago correspondiente.

Mencionar la forma de cancelar y/o reprogramar una cita.

D. Servicios Odontológicos Cubiertos

Los servicios odontológicos serán cubiertos siempre y cuando sean otorgados por Odontólogos de la Red. Es obligatorio explicar al usuario que debe realizar el copago correspondiente para recibir los servicios odontológicos cubiertos por el Plan de Salud Dental propuesto, los cuales pueden ser mencionados de la siguiente manera:

1. Servicios de Diagnóstico
<p>Los servicios Diagnósticos que cubre el plan de salud dental para vigilancia y detección oportuna de problemas bucales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención con el Odontólogo. ✓ Máximo 4 radiografías periapicales al año. ✓ Una serie radiográfica completa (14Rx) cada tres años. ✓ Prueba de vitalidad pulpar.
2. Servicios Preventivos
<p>Los servicios preventivos que cubre el plan de salud bucal son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñanza de técnicas de cepillado, hilo dental y su importancia. ✓ Dos profilaxis dentales al año a usuarios mayores de catorce años. ✓ Dos profilaxis dentales al año con aplicación tópica de Flúor a usuarios menores de catorce años.
3. Servicios Restaurativos
<p>Para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad bucodental, los servicios restaurativos cubiertos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atención dental en el consultorio del Odontólogo. ✓ Dos amalgamas al año. ✓ Dos resinas al año. ✓ Curaciones sedativas. ✓ Dos extracciones simples al año.

E. Programa de Servicios Preventivos de Salud Bucodental

Para explicar al usuario en que consisten los servicios preventivos en este punto se explicará como prevenir la aparición de enfermedades bucodentales, tales como caries, gingivitis y otras que ponen en riesgo no solamente la dentadura, sino la salud integral del individuo.

Los puntos que lo podrían componer son:

1. Técnicas de cepillado y uso de hilo dental. Este programa consiste en la orientación y la capacitación a todos los usuarios, sobre la adecuada técnica del cepillado dental y sobre la conveniencia del uso del hilo dental para eliminar residuos alimenticios de los espacios interdentarios
2. Información sobre la higiene oral. El OPC contará con un programa y materiales que le orientarán acerca de las principales medidas para mantener la boca y los dientes del usuario en condiciones óptimas de higiene; además lo que puede hacer para prevenir enfermedades
3. Profilaxis dos veces al año al Usuario de catorce años o mayor. Este componente consiste en asistir cada 6 meses con su OPC para recibir atención preventiva consistente en revisión exhaustiva para diagnóstico oportuno y limpieza general de sus piezas dentarias.
4. Profilaxis y aplicación tópica de flúor dos veces al año a menores de catorce años, donde el usuario acude cada 6 meses con su OPC para recibir atención preventiva, pero de manera adicional se realizará una aplicación tópica de flúor para la prevención de caries.

F. Inscripción y movimientos

Aquí se describirá la forma en que los empleados y sus dependientes se pueden dar de alta o baja en el Plan de Salud Dental, siendo el siguiente proceso una propuesta:

1. Altas y Bajas

El empleado deberá solicitar al área de Recursos Humanos a través de su empresa, el Formato de Inscripción y Movimientos (Anexo VII), el cual deberá regresar debidamente requisitado. Informándoles que los hijos de los titulares, automáticamente perderán la cobertura de estos servicios al cumplir 18 años de edad. Sin embargo si sus hijos estudian, son solteros y no trabajan, el titular podrá presentar una constancia de estudios, a fin de que puedan seguir gozando de la prestación de estos servicios hasta cumplir 25 años. También los hijos que no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico podrán continuar cubiertos por los servicios indicados en el plan.

2. Movimientos

Los movimientos se refieren al cambio de OPC, domicilio o estado civil, los cuales se pueden llevar a cabo mediante el llamado al CAT, pidiendo que se realicen cualquiera de los cambios mencionados.

G. Credencial del Seguro de Salud Dental

En este punto se mencionaría la función de la credencial, cómo obtenerla y qué hacer en caso de robo o extravío. Así la propuesta es la siguiente:

- ✓ Al inscribirse al Plan de Seguro de Salud Dental, el empleado y sus dependientes, recibirán la credencial que los acreditan como usuarios. Será indispensable presentarla para hacer uso de los servicios odontológicos con los OPC de la Red, por lo que se debe recomendar portarla siempre.
- ✓ En caso de robo o extravío de la credencial, se sugere que lo reporte inmediatamente al CAT.

H. Servicios a Usuarios

Aquí se menciona la forma de obtener información sobre direcciones de OPC, reposición de credenciales, servicios, etc.; como propuesta se tiene que el CAT sea la principal fuente para proporcionar orientación y solucionar dudas acerca del Plan del Seguro de Salud Dental y al cual se pueden referir los usuarios; alguna de la información que podría dar el CAT sería:

- Orientación de cómo usar adecuadamente los beneficios del Plan de Seguro de Salud Dental.
- Orientación de direcciones de los OPC.
- Reposición de Credenciales.
- Notificación de cambios de OPC, su dirección o número de teléfono.
- Captación y solución de quejas, sugerencias y felicitaciones.
- Orientación sobre los horarios de servicio
- Recepción de quejas, sugerencias o comentarios
- Indicar el número telefónico al que se pueden referir los usuarios para concertar cita con su OPC

I. Derechos y Obligaciones del Usuario

De igual forma que el Manual del Médico, se propone que exista un apartado donde se listen tanto los derechos como las obligaciones del usuario, para que estos los tengan presentes al hacer uso del servicio odontológico.

Derechos:

- ⊗ Ser tratado con profesionalismo, respeto y dignidad.
- ⊗ Tratar cualquier asunto relacionado con su salud confidencialmente.
- ⊗ Recibir información completa sobre los servicios odontológicos y responsabilidades del usuario.

- Recibir información sobre los prestadores de servicios pertenecientes a la Red de Proveedores.
- Tener servicios odontológicos accesibles y recibirlos apropiadamente, de acuerdo con los términos del plan contratado.
- Elegir y/o cambiar libremente a su OPC.
- Ser atendido oportunamente para exponer sus dudas, sugerencias o problemas acerca del servicio o cualquier asunto relacionado con el Plan de Seguro de Salud Dental o con los Proveedores de la Red.
- Participar en la toma de decisiones concernientes al cuidado de la salud.

Obligaciones:

- Seleccionar a su OPC del Directorio de Proveedores.
- Solicitar a través de OPC los servicios odontológicos cubiertos.
- Conocer y cumplir con las normas y procedimientos establecidos en este Manual.
- Conocer los beneficios del Plan contratado.
- Llevar siempre su credencial consigo.
- Cancelar oportunamente las citas programadas con los Proveedores de la Red.
- Proporcionar la información que le sea requerida por su Odontólogo.
- Tratar con respeto a los Proveedores de la Red.
- Seguir las instrucciones y recomendaciones que le hizo el Proveedor de la Red.
- Notificar de inmediato a su OPC cualquier problema o síntoma que requiera atenderse de urgencia.
- Notificar a su OPC si sufre de una enfermedad o accidente relacionado con el trabajo o causado por un tercero.
- Mantener a la ISES informada de cualquier cambio de domicilio, teléfono u otros datos generales.

J. Exclusiones

Como se mencionó al inicio de este capítulo una de las características del Folleto Explicativo es de contar con una sección donde se mencionen las exclusiones del Plan de Salud, en este caso se listarían las exclusiones con las que cuenta el Plan de Salud Dental propuesto, de tal forma queda de la siguiente manera:

Esta póliza en ningún caso ampara los gastos derivados de:

- Endodoncia,
- Prótesis Fija y Removible,

- ❑ Cirugía Oral con excepción de extracción simple,
- ❑ Ortodoncia,
- ❑ Cualquier lesión causada por accidente,
- ❑ Servicios y Procedimientos Experimentales,
- ❑ Prescripción de medicamentos,
- ❑ Servicios Médicos no cubiertos en este plan,
- ❑ Gastos erogados por servicios otorgados en el extranjero,
- ❑ Gastos erogados a consecuencia de lesiones que el Usuario sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales,
- ❑ Lesiones o enfermedades que el Usuario sufra a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o de vigilancia,
- ❑ Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Usuario o se produzcan con el consentimiento o participación de éste,
- ❑ Lesiones que se originen cuando el Usuario se encuentre bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un Médico,
- ❑ Servicios Odontológicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consaguinidad, afinidad civil con el Usuario.

Con los puntos anteriores se tendría un Folleto Explicativo con los principales puntos que se requieren en la Circular S-20.1 de mayo del 2000 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Conclusiones.

El Modelo de Atención es la forma de administración de las ISES, y al encontrarse regulado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas se observa que el objetivo es crear una sinérgia donde los actores de este modelo (las ISES, los proveedores y los usuarios) contribuyan a la misión común de mejorar la salud.

Lo anterior como consecuencia de las expectativas sobre la calidad de los servicios en salud, ya que se incrementan como resultado de una mayor educación y una mayor participación y vigilancia sociales. De esta manera se puede esperar que los usuarios de los servicios de salud del país sean en el futuro más exigentes.

Así mismo los proveedores de servicios de salud se ven ahora en la necesidad de empezar a competir entre ellos para formar parte de las redes de proveedores de las ISES para poder contar con clientes que antes de que se diera la regulación en la prestación de los servicios de salud podían acceder a esos servicios directamente.

Las principales ISES, por su parte, han realizado movimientos estratégicos para incrementar su competitividad ofreciendo coberturas más integrales, es decir, que cubran los cuatro niveles de atención (Ver Gráfica 1.2. Niveles de atención de la salud e impacto financiero). Por lo que es importante el desarrollo de una Nota Técnica de Salud Dental para Grupo y Colectivo.

La búsqueda de competitividad y eficiencia es hoy condición necesaria para la sobrevivencia. Ante una creciente competencia, la tendencia hacia una mayor regulación y la exigencia de más información sobre el desempeño.

Capítulo III

Propuesta de una Nota Técnica para un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo.

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, la propuesta del Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo debe operar bajo ciertas reglas, una de ellas es la que rige la forma y contenido de las Notas Técnicas y Documentación Contractual ante la CNSF, las cuales están definidas en la Circular S-8.1 "Productos de Seguros.- Se señala la forma y términos para su registro" del 9 de julio de 2002.

En la circular antes mencionada, señala que las instituciones de Seguros deberán presentar ante la CNSF, de manera conjunta, la nota técnica y la documentación contractual correspondientes a los productos que pretendan ofrecer al público, mismas que deberán acompañarse de un análisis de congruencia entre ambas y en su caso para los contratos de adhesión, de un dictamen jurídico que certifique que la documentación contractual del producto se apega a lo previsto en los arts 36 y 36-B de la LGISMS.

Se deben apegar para el registro de los productos a las siguientes disposiciones:

PRIMERA.- El registro sólo podrá realizarse vía remota a través de internet (<http://www.cnsf.gob.mx>)

SEGUNDA.- El registro de productos se realiza según la siguiente clasificación:

- Seguros. Comprende todas las operaciones de seguros, excepto Pensiones y Salud.
- Pensiones
- Salud

TERCERA.- Se deben designar hasta cuatro operadores, los cuales tendrán que ser dados de alta ante la CNSF mediante solicitud firmada por el Director General o equivalente de la Institución de Seguros.

CUARTA.- Para los productos de **ADHESIÓN** se deberán remitir de manera conjunta los siguientes documentos (los cuales con anterioridad ya se crearon archivos PDF¹³ versión 5.0 o posterior)

Documento	Firma	Otros
Nota Técnica	Firmada por un actuario con cédula profesional y certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o haya obtenido la acreditación por la misma CNSF	En dicha NT se consignará la siguiente leyenda :"(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ y certificación o acreditación _____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la metodología para la determinación de la prima, reservas y demás elementos técnicos considerados en la presente nota técnica, se apega a lo previsto en la LGISMS" Artículo 36-A

¹³ El software denominado Adobe Acrobat crea documentos con formato PDF (Portable Document Formart)

Documento	Firma	Otros
Documentación Contractual	Firma del responsable de la elaboración del dictamen jurídico	
Dictamen Jurídico	Firma del responsable de su elaboración	Que certifique el apego de la documentación contractual, deberá asentar lo siguiente: “(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la documentación contractual del producto denominado (nombre del producto) se apega a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la LGISMS y demás disposiciones aplicables”
Análisis de Congruencia entre la NT y la documentación contractual	Firma tanto por el actuario encargado de la elaboración de la NT como del abogado de la institución.	Art 36-D de la LGISMS

QUINTA.- Cada una de las personas facultadas para firmar los documentos, deberán hacer entrega de las llaves públicas asociadas a sus firmas electrónicas. Dichas llaves tendrán una vigencia de 5 años contados a partir de su expedición.

SEXTA.- Para los productos de **NO ADHESIÓN** y que requieran registro de acuerdo a la regulación de la CNSF, deberá apegarse a

Documento	Firma	Otros
Nota Técnica	Firmada por un actuario con cédula profesional y certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o haya obtenido la acreditación por la misma CNSF	En dicha NT se consignará la siguiente leyenda :“(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ y certificación o acreditación _____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la metodología para la determinación de la prima, reservas y demás elementos técnicos considerados en la presente nota técnica, se apega a lo previsto en la LGISMS” Artículo 36-A
Documentación Contractual	Firma del abogado de la institución	
Análisis de Congruencia entre la NT y la documentación contractual	Firma tanto por el actuario encargado de la elaboración de la NT como del abogado de la institución.	Art 36-D de la LGISMS

Si al celebrarse el contrato se modifica el proyecto de la documentación contractual previamente registrada, se deberá hacer el reenvío de todos los documentos nuevamente, solicitando sustitución y deberá hacer los comentarios correspondientes en el campo de captura.

SÉPTIMA.- Para las **ISES** se debe registrar los mismos puntos mencionados en la cuarta y sexta de las reglas; a demás un archivo PDF por cada uno de los documentos que se anexan a la tabla.

Documento	Firma	Otros
Nota Técnica	Firmada por un actuario con cédula profesional y certificación vigente emitida para este propósito por el colegio profesional de la especialidad o haya obtenido la acreditación por la misma CNSF	En dicha NT se consignará la siguiente leyenda :"(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ y certificación o acreditación _____, hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la metodología para la determinación de la prima, reservas y demás elementos técnicos considerados en la presente nota técnica, se apega a lo previsto en la LGISMS" Artículo 36-A
Documentación Contractual	Firma del responsable de la elaboración del dictamen jurídico	
Folleto Explicativo y suplemento (directorio médico)	Firma del abogado de la institución que suscriba el análisis de congruencia	Deberán remitirse para cada una de las solicitudes de registro de un producto aunque hayan sido registradas previamente.
Contratos Tipo	Firma del abogado de la institución que suscriba el análisis de congruencia	Deberán remitirse para cada una de las solicitudes de registro de un producto aunque hayan sido registradas previamente.
Dictamen Jurídico	Firma del responsable de su elaboración	Que certifique el apego de la documentación contractual, deberá asentar lo siguiente: “(Nombre del profesionista) con cédula profesional _____ hago constar bajo mi responsabilidad profesional, que la documentación contractual del producto denominado (nombre del producto) se apega a lo previsto en los artículos 36 y 36-B de la LGISMS y demás disposiciones aplicables”
Análisis de Congruencia entre la NT y la documentación contractual	Firma tanto por el actuario encargado de la elaboración de la NT como del abogado de la institución.	Art 36-D de la LGISMS

OCTAVA.- El desapego a cualquiera de las presentes disposiciones será motivo de suspensión del producto.

NOVENA.- Cuando las solicitudes de registro de los productos cumplan con las validaciones de recepción establecidas, el sistema emitirá de forma automática una confirmación de recepción con el número de registro del producto, con el cual la institución podrá ofrecer los servicios previstos del mismo.

En su oportunidad volver a entrar y recuperar los documentos PDF con los acuses firmados electrónicamente por los funcionarios autorizados por la CNSF.

DECIMA.- Para efectos de Inspección y vigilancia las instituciones deben mantener respaldados los archivos señalados en el punto anterior.

DECIMA PRIMERA.- Señalar en la pantalla de captura que tipo de registro se esta realizando, y pueden ser los siguientes:

1. Registro de un producto nuevo. Mencionar que se trata de un producto nuevo
2. Sustitución de un producto previamente registrado. Como consecuencia de modificación de una NT o de la Documentación Contractual, y en cuyo caso debe señalarse el número de registro; a demás de enviar nuevamente toda la documentación.
3. Sustitución por oficio de suspensión. Deberá indicarse en la pantalla de captura la opción "sustituido por suspensión"

DECIMA SEGUNDA.- La NT a registrar debe contener los datos que a continuación se mencionan, según apliquen para la operación, ramo y tipo de seguro que se trate:

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. Descripción de las coberturas adicionales (en su caso).
 - d. Temporalidad del plan.
 - e. Para el ramo de salud debe indicar si se utilizarán 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 normatividad 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 normatividad 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 se 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:
- 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. En el caso de la Reserva de Sinistros Ocurridos pero no Reportados y de la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir, deberá indicar el número y la fecha con que registró el método actuarial que se empleará para calcular el saldo de las reservas.
 - c. Valores Garantizados: En su caso, detallar el cálculo y forma en que se otorgarán.
 - d. Gastos de Administración: Indicar el valor de los recargos por este concepto.
 - e. Gastos de Adquisición: Indicar el valor de los recargos por este concepto.
 - f. Indicar el valor de la participación del asegurado en el pago de siniestros a través de deducibles, coaseguros, copagos y franquicias.
 - g. Dividendos y bonificaciones: En caso de otorgarlos, detallar el procedimiento con que se calcularán, en el entendido de que dichos procedimientos deberán satisfacer los principios técnicos y actuariales, así como las normas legales vigentes.
 - h. Fondos de administración: Definir los conceptos por los que se generarán los procedimientos técnicos, así como la forma en que se administrarán.
 - i. Otros elementos técnicos: Cualquier otro concepto o procedimiento técnico que a juicio del actuario que firma la NT sea necesario para la adecuada instrumentación del producto que se trate.

III.1 Nota Técnica

En este apartado se dará inicio al planteamiento de la Nota Técnica propuesta en este trabajo.

III.1.1 Denominación de la institución o sociedad mutualista de que se trate:

ISES 2000

III.1.2 Características del plan.

A. Nombre comercial del plan:

Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo

B. Descripción de la cobertura básica.

Fomentar la medicina preventiva e integral, coadyuvando al objetivo de contención de costos en la prestación de los servicios de salud. Por lo que este Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo funcionará bajo una red cerrada de proveedores, donde cada uno de los usuarios (asegurados y dependientes) seleccionará a su Odontólogo de Primer Contacto (OPC), quien será responsable de brindar atención de primer nivel y que además coordinará el acceso cuando sea necesario al segundo nivel de atención y así evitar la sobreutilización de los servicios.

También uno de los factores críticos de éxito es el de garantizar una alta calidad de los servicios médicos prestados a sus participantes.

C. Descripción de las coberturas adicionales (en su caso).

En ésta propuesta no se cuenta con endosos, ya que se trata de dar la mayor cobertura posible.

D. Temporalidad del plan.

La temporalidad del Plan de Seguro de Salud Dental será de un año.

E. Indicar si se utilizarán recursos propios o de terceros.

Se hará uso de los servicios de terceros por tener costos especiales, sus características son las siguientes, de tal red se debe generar un listado de proveedores de los servicios; el cual se anexa a la Nota Técnica.

III.1.3 Hipótesis Demográficas y Financieras .

A. Hipótesis demográficas.

A efecto de considerar la frecuencia y severidad de la morbilidad afectada por esquemas en el cuidado de la salud dental se tomó como base el periodo y la modalidad del tratamiento. La distribución del gasto se tomó en base a la experiencia publicada por la AMIS la cual se considera una base sólida para este tipo de planes.

B. Hipótesis financieras.

Para el cálculo de la inflación, se desarrolló un modelo basado en las proyecciones de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) publicados en la circular SP/152 y los índices publicados por el Banco de México. Se actualizará en forma anual.

III.1.4 Procedimientos Técnicos.

I. Prima de Riesgo.

La prima es mensual por características del plan, para el cálculo de la Prima de Riesgo se ha trabajado con la información estadística de mercado en lo referente a la Frecuencia y Severidad por cada servicio que cubre el Plan.

- **Frecuencia Anual al Millar (Frec)**

La **Frec** es el número anual de eventos por cada mil Usuarios. La **Frec** fue obtenida basándose en la modalidad del tratamiento, redondeado a dos decimales (Ver **Tabla 1, pág. 55**).

- **Severidad por Cada Servicio (SevSer)**

La **SevSer** es el monto económico erogado procedente antes de copago¹⁴ por cada servicio con base en un estudio de mercado, dirigido a odontólogos independientes y Clínicas Integrales (Ver **Tabla 1, pág. 55**).

- **Prima de Riesgo Bruta por Miembro por Mes por Servicio (PrimSer_{PMPM})**

Para obtener la **PrimSer_{PMPM}**, se multiplica la Frecuencia Anual al Millar por la Severidad por Cada Servicio y el resultado de lo anterior, se divide entre el producto de los doce meses que estaría vigente el seguro por mil, ya que la frecuencia es al millar (Ver **Tabla 1, pág. 55**). Es decir,

$$\text{PrimSer}_{\text{PMPM}} = (\text{Frec} \times \text{SevSer}) / (12 \times 1,000).$$

- **Valor del Copago por Servicio por Miembro por Mes (CopSer_{PMPM})**

Obtenemos el **CopSer_{PMPM}** multiplicando el copago (**Cop**) deseado por cada servicio por la **Frec** entre el producto de doce por que será anual el producto por 1000 ya que la frecuencia está al millar, obteniendo así,

$$\text{CopSer}_{\text{PMPM}} = (\text{Cop} \times \text{Frec}) / (12 \times 1,000)$$

Una vez que se ha obtenido el valor del copago, se aplica el **CopSer_{PMPM}** como una disminución a la **PrimSer_{PMPM}** para obtener la Prima de Riesgo Neta por Miembro por Mes aplicando Copago (Ver **Tabla 1, pág. 55**):

$$\begin{aligned} \text{PrimSerCop}_{\text{PMPM}} &= \text{PrimSer}_{\text{PMPM}} - \text{CopSer}_{\text{PMPM}} \\ &= (\text{Frec} \times (\text{SevSer} - \text{Cop})) / (12 \times 1,000) \end{aligned}$$

- **Prima de Riesgo Total Neta por Miembro por Mes (PrimTot_{PMPM})**

La **PrimTot_{PMPM}** es la suma de la **PrimSerCop_{PMPM}** redondeado a ocho decimales¹⁵ obteniéndose lo siguiente,

$$\begin{aligned} \text{PrimTot}_{\text{PMPM}} &= \sum \text{PrimSerCop}_{\text{PMPM}} \\ \text{PrimTot}_{\text{PMPM}} &= 39.32644698 \end{aligned}$$

¹⁴ Copago: es un monto que el usuario debe pagar al Odontólogo de la Red, al momento de recibir una atención dental cubierta. Cada tratamiento puede tener un copago diferente, sin embargo en ocasiones puede ser de \$0.00 pesos, según el plan.

¹⁵ Se limita a ocho decimales para que al momento que la CNSF realice la revisión de la Nota Técnica lo realice exactamente igual y no haya observaciones por no concordar los resultados con ellos.

Capítulo III
Propuesta de una Nota Técnica para un Plan
de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo

Tabla de Frecuencia y Severidad

Tipo de Servicio	Frecuencia Anual al Millar	Severidad	Prima de Riesgo PMPM antes el Copago	Copago	Valor del Copago PMPM	Prima de Riesgo PMPM Aplicando el Copago
	Frec	SevSer		Cop		
DIAGNOSTICO						
Consulta	238.54	210.60	4.18637700	50.00	0.99391667	3.19246033
Radiografías (periapical)	110.15	60.06	0.55130075	50.00	0.45895833	0.09234242
Radiografía oclusal	7.45	72.07	0.04474346	50.00	0.03104167	0.01370179
Radiografía aleta de mordida	8.06	66.61	0.04473972	50.00	0.03358333	0.01115639
Serie radiográfica completa anual (14 Rx)	72.47	622.44	3.75901890	50.00	0.30195833	3.45706057
Prueba de vitalidad pulpar	3.02	0.00	0.00000000	50.00	0.00000000	0.00000000
Subtotal			8.58617983			6.75413817
PREVENTIVO						
Profilaxis (limpieza) - incluye detartraje y pulido (semestral)	238.54	348.08	6.91925027	50.00	0.99391667	5.92533360
Subtotal			6.91925027			5.92533360
RESTAURATIVO						
Amalgama diente permanente	69.28	309.40	1.78626933	50.00	0.28866667	1.49760266
Resina Simple en diente permanente	21.71	427.70	0.77378058	50.00	0.09045833	0.68332225
Curación sedativa	23.54	54.60	0.10710700	50.00	0.09808333	0.00902367
Recubrimiento pulpar directo	8.62	136.50	0.09805250	50.00	0.03591667	0.06213583
Recubrimiento pulpar indirecto	1.43	150.15	0.01789288	50.00	0.00595833	0.01193455
Incrustación (metálica)	11.07	1,081.08	0.99729630	50.00	0.04612500	0.95117130
Onley (metálica)	6.24	1,148.16	0.59704320	50.00	0.02600000	0.57104320
Subtotal			4.37744179			3.78623346
ODONTOPEDIATRIA						
Profilaxis y aplicación tópica de flour	172.43	245.70	3.53050425	50.00	0.71845833	2.81204592
Aplicación de selladores de fisuras	69.02	236.60	1.36084433	50.00	0.28758333	1.07326100
Amalgama Simple diente permanente	10.62	263.90	0.23355150	50.00	0.04425000	0.18930150
Resina Simple fotocurable, diente permanente	0.70	318.50	0.01857917	50.00	0.00291667	0.01566250
Pulpotomía	78.96	327.60	2.15560800	50.00	0.32900000	1.82660800
Extracción de diente temporal / permanente	12.85	210.60	0.22551750	50.00	0.05354167	0.17197583
Subtotal			7.52460475			6.08885475
ENDODONCIA						
Tratamiento endodóntico anteriores	39.58	722.71	2.38373848	50.00	0.16491667	2.21882181
Tratamiento endodóntico premolares	61.46	1,022.84	5.23864553	50.00	0.25608333	4.98256220
Tratamiento endodóntico molares	73.96	1,406.50	8.66872833	50.00	0.30816667	8.36056166
Pulpotomía en dientes permanentes vitales	5.84	327.60	0.15943200	50.00	0.02433333	0.13509867
Subtotal			16.45054434			15.69704434
CIRUGÍA ORAL						
Extracción sencilla	24.92	210.60	0.43734600	50.00	0.10383333	0.33351267
Sutura simple	29.92	336.70	0.83950533	50.00	0.12466667	0.71483866
Drenaje de absceso intraoral	0.79	452.40	0.02978300	50.00	0.00329167	0.02649133
Subtotal			1.30663433			1.07484266
TOTAL			45.16465531			39.32644698

Tabla 1

• **Inflación (Inf)**

La **(Inf)** es basada en las proyecciones de AMIS y los índices publicados por el Banco de México; lo anterior ya mencionado el punto III.I.3 Hipótesis Financieras. Se tienen los siguientes porcentajes,

$$\text{Inf}(\text{Salud}) = 9.20\% \text{ anual}$$

• **Prima de Riesgo Total Proyectada por Miembro por Mes (PrimRiesPMPM)**

Aplicando la Inflación a la Prima de Riesgo Actual por Miembro por Mes, se obtiene lo siguiente:

$$\begin{aligned} \text{PrimRies}_{\text{PMPM}} &= \Sigma (\text{PrimSerCop}_{\text{PMPM}}) \times (1 + \text{Inf}(\text{Salud})) \\ \text{PrimRies}_{\text{PMPM}} &= 39.32644698 \times 1.092 \\ \text{PrimRies}_{\text{PMPM}} &= 42.94448011 \end{aligned}$$

II. Prima de Tarifa por Miembro por Mes (Prima_{PMPM})

Para calcular la Prima de Tarifa por Miembro por Mes, se deben tomar en cuenta los Gastos y Utilidad definidos a continuación.

• **Gastos y Utilidad (GU)**

Los **GU** representan la suma de los Gastos de Administración, Gastos de Adquisición y la Utilidad Esperada. Estos conceptos son definidos como un porcentaje de la prima y monitoreados en la mayoría de las Compañías Aseguradoras por el área de Planeación y Finanzas, en este caso la utilidad y los gastos son el promedio del mercado de las ISES a nivel nacional, para el caso práctico se tomaron los máximos los cuales se encuentran desglosados en la siguiente tabla.

Concepto	Porcentaje
Utilidad Esperada	25%
Gastos de Administración	7%
Gastos de Adquisición	5%

Entonces,

GU = Gastos de Administración + Gastos de Adquisición + Utilidad Esperada,

$$\text{GU} = 25\% + 7\% + 5\% = 37\%.$$

Se obtiene la **Prima_{PMPM}** al dividir la Prima de Riesgo por Miembro por Mes entre uno menos los Gastos y Utilidad,

$$\begin{aligned} \text{Prima}_{\text{PMPM}} &= \text{PrimRies}_{\text{PMPM}} / (1 - \text{GU}), \\ \text{Prima}_{\text{PMPM}} &= 42.94448011 / (1 - .37) = \$ 68.16584143 \end{aligned}$$

En la siguiente tabla se resumen los cálculos anteriores.

Concepto	Factor
PrimRies _{PMPM}	\$ 42.94448011
GU	37%
Prima _{PMPM}	\$ 68.16584143

III. Factores por Edad

Los Factores por Edad representan dos segmentos de población, cuya frecuencia de morbilidad es estadísticamente diferente. Dichos factores, mostrados en la siguiente tabla, fueron calculados basados en la estadística de población tomada de experiencia americana por falta de experiencia nacional. Se utilizan estos factores para determinar la Prima por Edad aplicando la Prima de Tarifa Por Miembro por Mes a cada factor.

Rango de Edades		Factor
De	Hasta	
01	12	0.98346158
13	++	1.08764082

IV. Cálculo de la Prima por Edad

Para calcular la Prima por Edad se debe multiplicar el Factor por Edad por **Prima_{PMPM}**, redondeando a dos decimales. El resultado del cálculo se muestra en la siguiente tabla.

Rango de Edades		Prima
De	Hasta	
01	12	\$ 67.04
13	++	\$ 74.14

V. Reserva de Riesgos en Curso

El método utilizado para constituir la reserva de riesgos en curso será el de Prima Neta no Devengada al final de cada mes a días exactos, ya que las primas están calculadas en forma mensual y dando cumplimiento a las disposiciones legales estipuladas en la circular S-10.1.

Aquí se finaliza con el desarrollo de la Nota Técnica, sólo falta la documentación contractual, la cual se plantea en el siguiente punto.

III.2 Documentación Contractual

La Documentación Contractual está constituida por cláusulas que tienen como propósito establecer las condiciones legales, así como las aclaraciones y alcances del contrato de seguro. Las cláusulas que constituyen un contrato de seguro son de diversa índole, mientras que algunas son tomadas directamente de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, otras son incluidas por la institución con la finalidad de definir conceptos, hacer aclaraciones, hacer exclusiones o dar orientación.

Así la Documentación Contractual propuesta está compuesta por:

1. Solicitud de Seguro
2. Carátula de Póliza
3. Certificado Individual
4. Cuestionario Médico
5. Formato de Inscripción y Movimientos
6. Cláusulas Contractuales

De las cuales se desarrolla cada una como sigue:

En cuanto a los incisos del 1 al 5 se muestran en el **Anexo VII**.

Para el punto número 6. Cláusulas Contractuales se desarrolla punto por punto como sigue:

A. Objeto del Contrato

Se describe a lo que se obliga la ISES, bajo que términos y dentro de que límites, entonces quedaría:

"XXXX, S. A. de C.V., denominada en adelante la Compañía, se obliga a cubrir, dentro de los límites y bajo los términos de esta Póliza de Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo, denominada en adelante esta Póliza, los gastos por la prestación de los servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud bucodental que más adelante se especifican, que reciban tanto el(los) Miembro(s) de la Colectividad Asegurada, como su(s) Dependiente(s) ambos denominado(s) en adelante Usuario(s)."

B. Definiciones

La precisión de la terminología empleada en los clausulados tiene una importancia fundamental en los seguros de salud (sobre todo, considerando que existen una gran variedad de términos médicos). Ella tiene que corresponder a la terminología usual de la legislación del país, sobre todo a la referente a la Seguridad Social y laboral. Para la redacción del condicionado de la póliza, la asesoría tanto de un médico como de un abogado conocedores de la materia es indispensable. Ellos tendrán que informar de inmediato de eventuales cambios en la terminología o en la jurisprudencia, para poder adaptar la formulación utilizada a la mayor brevedad posible.

Es conveniente reunir al comienzo del clausulado las definiciones de los términos principales y más frecuentes; una formulación adecuada permite excluir de antemano ciertos tratamientos que están en el límite de la ciencia médica o que ya no corresponden necesariamente a un estado objetivo de enfermedad.

Otras definiciones que revisten particular importancia son las de "Asegurado", "dependientes del asegurado", "cónyuge", etc.: de ellas depende la posibilidad de establecer rápida y claramente si la persona que reclama un servicio, como es el caso del Seguro de Salud, está entre las que están cubiertas por la póliza respectiva.

Así el apartado de definiciones propuesta queda como sigue:

"Para la debida interpretación y cumplimiento de este Contrato, las partes convienen adoptar las definiciones siguientes:

Asegurado

Miembro de una Colectividad Asegurable que cumpla con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales y hayan sido aceptados por la Compañía.

Colectividad Asegurable

Son colectividades asegurables las constituidas por:

- a. Los empleados u obreros de un mismo patrón o empresa,
- b. Los grupos formados por una misma clase en razón de su actividad o lugar de trabajo que presten sus servicios a un mismo patrón o empresa,
- c. Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio activo, y sus secciones o grupos,
- d. Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan colectividades asegurables.

No serán consideradas colectividades asegurables, aquellas empresas o agrupaciones que se constituyan con objeto de tener acceso a esta Póliza.

Colectividad Asegurada

La constituida por los Asegurados y sus Dependientes que cumplan con los requisitos señalados en estas Condiciones Generales y hayan sido aceptados por Compañía como Usuarios, ya sea que contribuyan o no con el Contratante al pago de la prima.

Concubinato

Unión de un hombre y una mujer libres de matrimonio, que tuvieren hijos o hubieren vivido juntos como si fueran cónyuges durante por lo menos cinco años consecutivos anteriores a la presentación de la Solicitud de Inscripción y Movimientos.

Contratante

Persona física o moral, cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta Póliza y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en la misma.

Coordinador Médico

Médico designado por Compañía, para supervisar y autorizar los Servicios Cubiertos en esta Póliza.

Copago

Cantidad de dinero a cargo del Usuario. Representa una parte del valor de los servicios objeto de este Contrato, el cual deberá ser pagado por el Usuario en efectivo al Proveedor de la Red que los hubiere prestado en el momento de recibir cada servicio.

Dependientes del Asegurado

Siempre que hayan sido aceptados por la Compañía haciéndolo constar por escrito en esta Póliza, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- a) El Cónyuge, que para efectos de esta Póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- b) Los hijos y nietos solteros del Asegurado y/o de su Cónyuge, que dependan económicamente de aquél y por su edad se encuentren dentro de los límites de aceptación señalados en estas Condiciones Generales.
- c) Los padres del Asegurado y de su Cónyuge que dependan económicamente del Asegurado.

Odontólogo de Primer Contacto

Odontólogo de la Red elegido por el Usuario dentro de los que aparecen en el Directorio de Proveedores proporcionado por la Compañía, responsable de prestar parte de los Servicios Cubiertos y/o referir al Usuario con los demás Proveedores de la Red.

Red de Proveedores

Prestadores de servicios médicos, incluyendo los de diagnóstico y de apoyo terapéutico, vinculados con la Compañía por convenios, que tienen por objeto proporcionar al usuario los servicios cubiertos por esta póliza.

Los incisos del c) al n) se proponen las cláusulas legales, las cuales nos explican cada una de las disposiciones que integran el contrato del Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo, además constituyen la sección en donde se define el marco legal del contrato de seguro y que se propone dividir las de la siguiente manera:

C. Bases del Contrato

Integración del Contrato

“ La Carátula y las Condiciones Generales de esta Póliza, Cláusulas Adicionales y Certificados Individuales, se emiten en consideración a las solicitudes del Contratante. En consecuencia dichos documentos constituyen prueba del contrato celebrado entre el Contratante y la Compañía.”

Disputabilidad

“Este Contrato será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos que proporcione el Contratante y/o Usuario para la apreciación del riesgo.

La omisión o inexacta declaración del Contratante, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos inexactamente declarados u omitidos, no hayan influido en la realización del siniestro.

Si la omisión o inexacta declaración es por parte del Asegurado, la Compañía estará facultada para rescindir parcialmente el presente contrato, cancelando el Certificado Individual del Asegurado y como consecuencia, los dependientes del dicho Asegurado quedarán sin ningún derecho a recibir servicios médicos bajo este contrato.

El ejercicio del derecho de rescisión, se contará a partir de la fecha de alta del Usuario.

Rectificación de esta Póliza

El Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro dice:

“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 (30) 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.”

Lo dispuesto en el párrafo anterior también será aplicable al Contratante de esta Póliza.

Modificaciones al Contrato

Las modificaciones al Contrato serán válidas siempre y cuando hayan sido acordadas entre la Compañía y el Contratante. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales firmadas por un funcionario autorizado por la Compañía, ajustadas a los modelos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; en consecuencia, ningún agente o persona no autorizada por la Compañía podrá cambiar o modificar las condiciones y beneficios del Contrato.

Edad

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad del Usuario.

En caso de que el Asegurado y/o Contratante hubiera declarado inexactamente su edad o la de sus Dependientes, pero la edad real se encuentre dentro del límite de aceptación, las fracciones de la prima vencidas y las posteriores, que correspondan a dicho Usuario, se ajustarán de acuerdo a lo siguiente:

Si se hubiese pagado una cantidad inferior a la que correspondería a la edad real del Usuario, las fracciones de la prima deberán ajustarse e incrementarse de acuerdo con la edad real. El ajuste de las fracciones de la prima vencida únicamente aplicará por los últimos tres meses.

Si se hubiese pagado una cantidad superior a la que correspondería a la edad real del Usuario, las fracciones de la prima deberán ajustarse y reducirse de acuerdo con la edad real. El ajuste de las fracciones de la prima vencidas únicamente aplicará por los últimos tres meses.

En caso de que el Asegurado declare inexactamente su edad o la de sus Dependientes y la edad real se encuentre fuera del límite de aceptación, la Compañía considerará rescindido de pleno derecho el Contrato respecto a dicho Asegurado o su(s) Dependiente(s).

D. Duración

Vigencia

La vigencia de este contrato es de un año, cuyos momentos de inicio y terminación se indican en la Carátula de esta Póliza.

Fecha de Inicio de la Cobertura

Las coberturas específicas en esta Póliza surtirán efectos respecto de cada Usuario, a partir de las 0:01 horas de la fecha de alta de cada uno de ellos, indicada en el Certificado Individual.

Causas de Extinción de la Cobertura

La cobertura de esta Póliza se extinguirá, entre otras, por las razones siguientes:

a) Respecto del Contratante y de la Colectividad Asegurada:

1. Por conclusión de la vigencia del Contrato,
2. Por rescisión del Contrato por falta de pago de alguna de las fracciones en que se hubiere dividido la prima, o cualquier otra causa que derive de las estipulaciones de esta Póliza o de la ley,
3. Por terminación anticipada.

En estos casos, la cobertura se cancelará respecto de la Colectividad Asegurada, quedando en consecuencia sin validez los Certificados Individuales de cada Asegurado y su(s) Dependiente(s) que se hubieran expedido.

b) Respecto de Cada Usuario:

1. Por muerte del Asegurado,
2. Por separación del Asegurado de la Colectividad Asegurable por cualquier causa. En este caso, los beneficios cesarán desde el momento de la separación,
3. Por solicitud del Asegurado,
4. Por rescisión parcial del Contrato en los casos previstos en este instrumento,
5. Cuando el Usuario haga mal uso de los Servicios Cubiertos o no efectúe los Copagos correspondientes,
6. Por encontrarse fuera de la edad límite de aceptación.

En caso de terminación de la cobertura de un Asegurado, la cobertura se cancelará automáticamente respecto de éste y sus Dependientes, quedando en consecuencia sin validez alguna los Certificados Individuales correspondientes.

Periodo de Inscripción

Los Miembros de la Colectividad Asegurable que no hubieren solicitado su inscripción durante los treinta días anteriores al inicio de la vigencia del Contrato, únicamente podrán solicitar su inclusión a la Colectividad Asegurada en un segundo período de inscripción que durará del primero al último día del sexto mes, contado a partir de la fecha en que hubiere iniciado la vigencia.

Fuera de los períodos de inscripción, sólo se podrán presentar a la Compañía Solicitudes de Inscripción y Movimientos para el ingreso a la Colectividad Asegurada, de las siguientes personas:

- a) Del personal de nuevo ingreso en la Colectividad Asegurable y/o sus Dependientes,
- b) Del cónyuge, tratándose de recién casados, que hubieren contraído matrimonio con fecha posterior al inicio del Contrato,
- c) De los hijos al cumplir dos años o recién adoptados de dos años o mayores, con fecha posterior al inicio del Contrato.

La solicitud deberá presentarse dentro de los treinta días siguientes de que ocurra cualquiera de los acontecimientos mencionados, debiendo reunir además dichas personas los requisitos señalados en el numeral 6.

Terminación Anticipada

Cada parte tendrá derecho a dar por terminado anticipadamente este Contrato previo aviso por escrito dado a la otra con cinco días hábiles de anticipación.

El Contratante queda obligado a pagar la prima que corresponda por el lapso en que el Contrato hubiere estado en vigor hasta su fecha efectiva de terminación.

E. Prima

Monto

La prima se integra con el importe que se obtenga de la suma de primas que corresponda a cada Usuario, determinada conforme a la tarifa por edad que se encuentre debidamente registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al inicio del periodo de seguro respectivo.

Vencimiento de la Prima

El periodo de pago de la prima es anual, pero se fracciona para su pago en parcialidades de un mes.

Cada una de las fracciones, vencerá al inicio de cada mes. A partir del día siguiente a la fecha de su vencimiento, el Contratante tendrá un "Periodo de Gracia" de treinta días naturales para efectuar el pago correspondiente. Si durante ese plazo el Contratante no efectúa el pago, cesarán automáticamente los efectos del contrato a las doce horas del último día de dicho plazo.

Lugar de Pago

El Contratante pagará el importe de las fracciones en que la prima se hubiera dividido y las cantidades que le correspondan por impuestos, en cualquiera de las oficinas de la Compañía señaladas en la Carátula de esta Póliza, contra el recibo oficial expedido por ésta.

Rehabilitación

En caso de que este Contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de alguna de las fracciones de la prima, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del "Periodo de Gracia".

En ningún caso, la Compañía pagará los gastos erogados por servicios prestados fuera del "Periodo de Gracia".

Esta Póliza únicamente podrá ser rehabilitada una vez dentro de la vigencia inicialmente pactada.

Para llevar a cabo la rehabilitación de este Contrato, será necesario que el Contratante presente la solicitud por escrito a la Compañía, pague los adeudos que tuviere en su caso y reúna los requisitos señalados en esta Póliza.

Ajustes al Monto de la Prima

En casos de alta o baja del Usuario, la Compañía cobrará o devolverá mensualmente al Contratante, la parte faltante de la fracción de la prima o la que exceda respectivamente, calculada de acuerdo al siguiente procedimiento denominado Prorrateo Medio Mes:

a) ALTAS - En caso de altas:

1. Si el ingreso se verifica entre el día primero y decimoquinto, la Compañía cobrará al Contratante el ciento por ciento de la cantidad que corresponda al mes en curso por cada Usuario,
2. Si el ingreso se verifica entre el día decimosexto y el último día del mes, la Compañía cobrará al Contratante el cincuenta por ciento de la cantidad que corresponda al mes en curso por cada Usuario, en el entendido de que los meses siguientes se pagará la fracción de la prima al ciento por ciento.

b) BAJAS - En caso de bajas:

1. Si la baja se verifica entre el día primero y decimoquinto, la Compañía devolverá al Contratante el cincuenta por ciento de la fracción de la prima que corresponda a ese mes, por cada baja,
2. Si la baja se verifica entre el día decimosexto, y último día del mes, la Compañía tendrá por devengada la fracción de la prima que corresponda a tal Usuario.

Los ajustes por inexactitud de la fecha de nacimiento declarada se realizarán conforme a lo establecido en la cláusula de Edad.

Los ajustes se realizarán mensualmente y se harán efectivos en el mes inmediato siguiente al que se efectúen.

F. Requisitos para formar parte de la colectividad asegurada

Para formar parte de la Colectividad Asegurada el Usuario tiene que ser Asegurado o Dependiente de un Asegurado.

Para Ser Asegurado

Para ser Asegurado se requiere:

- a) Ser miembro de la Colectividad Asegurable,
- b) Desempeñar alguna actividad, servicio, trabajo, cargo u ocupación remunerado, durante por lo menos veinte horas a la semana,
- c) Ser mayor de dieciséis años,
- d) Presentar a la Compañía la Solicitud de Inscripción y Movimientos debidamente requisitada,
- e) Ser aceptados por la Compañía.

Quedan exceptuados para ingresar como Miembros de la Colectividad Asegurada:

- a) Los pensionados,**
- b) Los trabajadores sujetos a una relación para obra o tiempo determinados,**
- c) Las personas que se encuentren internadas en un hospital o clínica,**
- d) Las personas que se encuentren incapacitadas temporalmente.**

Para Ser Dependiente de un Asegurado

Para ser Dependiente de un Asegurado se requiere:

- a) Tratándose del cónyuge del Asegurado, que tenga cuando menos catorce años de edad,
- b) Tratándose de hijos o nietos del Asegurado, que dependan económicamente del mismo; que sean solteros, menores de diecinueve años y mayores de dos años; o menores de veinticinco años, siempre y cuando acrediten estar estudiando en una institución que cuente con reconocimiento de validez oficial de estudios,

- c) No existirá límite máximo de edad de aceptación para los hijos del Asegurado que se encuentren disminuidos o perturbados en su inteligencia o padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico o sensorial, y siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les provoque no puedan gobernarse por sí mismos o manifestar su voluntad, a partir de los dos años de edad,
- d) Presentar a la Compañía la Solicitud de Inscripción y Movimientos debidamente requisitada,
- e) Ser aceptados por la Compañía.

G. Obligaciones

Las obligaciones del Contratante son:

- a) Pagar oportunamente las fracciones de la prima,
- b) Remitir a la Compañía, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción, las solicitudes de Inscripción y Movimientos para reportar la inclusión (alta) y exclusión (baja) de los Usuarios,
- c) Dar aviso a la Compañía de cualquier cambio de actividad que se opere en la situación de los Usuarios, dentro del término de quince días, contado a partir del día siguiente a que se genere el cambio respectivo,
- d) Dar aviso a la Compañía cuando hubiere cambio de Contratante, dentro de los cinco días hábiles siguientes a que se hubiere efectuado el cambio,
- e) Reintegrar a la Compañía cualquier pago que ésta hubiere realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en los avisos que deba dar a la Compañía conforme a este contrato.
- f) El Contratante contará con un término de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente al del requerimiento, para reintegrar a la Compañía la cantidad que a causa de su omisión o negligencia hubiese pagado ésta. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Compañía a dar por rescindido este contrato,
- g) Constituir un depósito en efectivo por el equivalente al importe de la primera fracción de la prima, para garantizar el pago de la prima, el cual le será devuelto al término del contrato aplicable al siguiente depósito, siempre y cuando no existan obligaciones pecuniarias a su cargo.

Asimismo, las partes convienen que en caso de que el presente contrato cese en sus efectos por falta de pago de cualesquiera de las fracciones de la prima, la Compañía aplicará el mencionado depósito para el pago correspondiente al plazo en que corrió el riesgo durante el periodo de gracia.

H. Liberación de Responsabilidades

la Compañía no será responsable en caso de que los Proveedores de la Red se vean imposibilitados a prestar sus servicios en caso de desastre nacional, guerra, disturbio, insurrección civil, epidemia, o en cualquier otro supuesto de caso fortuito o fuerza mayor.

I. Responsabilidad del Usuario

En caso de que el Usuario desee recibir los Servicios Cubiertos, por conducto de la Red de Proveedores deberá:

- a) Acudir con el Odontólogo de Primer Contacto elegido del Directorio de Proveedores,
- b) Acudir con los Proveedores de la Red que le indique el Odontólogo de Primer Contacto para recibir los Servicios Cubiertos,
- c) Obedecer los tratamientos prescritos por el Odontólogo de la Red, en beneficio del Usuario,
- d) Hacer buen uso de los servicios cubiertos. Es decir, no permitir que terceras personas hagan uso de los mismos ni tratar de obtener un provecho ilícito de tales servicios,
- e) Efectuar los Copagos a su cargo en los casos que se establecen en esta Póliza.

J. Otros Seguros

El Contratante y los Miembros de la Colectividad Asegurada, tendrán la obligación de poner en conocimiento de la Compañía la existencia de otros seguros de salud, accidentes y/o gastos médicos que contraten durante la vigencia de este seguro. El aviso deberá darse por escrito, indicando el nombre de las Aseguradoras, el número de las pólizas contratadas, el tipo de seguro y el ramo de que se trate, así como sumas aseguradas en su caso.

Si el Contratante o los Miembros de la Colectividad Asegurada omiten dar el aviso referido o si contratan diversos seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía estará facultada para rescindir de pleno derecho el contrato.

K. Territorialidad

Los servicios cubiertos por esta Póliza, sólo se prestarán dentro de la República Mexicana.

L. Moneda

Los pagos que el Contratante, el Usuario y la Compañía deban hacer conforme a este contrato, se liquidarán en moneda nacional de acuerdo con la Ley Monetaria vigente.

M. Notificaciones

Cualquier notificación o comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía, precisamente en el lugar señalado como domicilio de la misma en la Carátula de esta Póliza o, en su caso, en el nuevo domicilio que para estos efectos hubiera comunicado en su momento aquélla al Contratante.

N. Competencia

Los seguros existentes en el mercado del mismo ramo suelen ser diferentes entre sí, ya que los padecimientos cubiertos por uno pueden no ser cubiertos por otro seguro, un ejemplo son los periodos de espera de algunos padecimientos o las exclusiones que se consideren en ese seguro. Por lo que existe en las pólizas apartados en los que se establece las Coberturas y Exclusiones a los que se sujetan los Contrato.

Las Coberturas y Exclusiones propuestas para este Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo se describen a continuación.

O. Servicios cubiertos

La Compañía se obliga a cubrir los gastos por la prestación de los servicios que se mencionan en esta Póliza, proporcionados al Usuario, cuando sean prestados por los Proveedores de la Red, siempre que y según corresponda:

- a. Sean prescritos por el Odontólogo de Primer Contacto,
- b. Sean supervisados o autorizados por el Coordinador Médico,
- c. A criterio del Odontólogo de la Red, sean necesarios para la determinación del diagnóstico y/o tratamiento de cada caso.

Servicios de Diagnóstico

Los servicios de diagnóstico que cubre la Póliza son:

- a. Atención con el Odontólogo,
- b. Radiografías periapical, oclusales y aletas de mordida,
- c. Serie radiográfica completa (14x) anual,
- d. Prueba de Vitalidad Pulpar

Servicios Preventivos

Los servicios preventivos que cubre esta Póliza son:

- a. Técnicas de cepillado y uso de hilo dental,
- b. Información sobre higiene oral,
- c. Profilaxis dos veces al año al Usuario de catorce años o mayor,
- d. Profilaxis y aplicación tópica de Flúor dos veces al año a menor de catorce años.

Servicios Restaurativos

Los servicios restaurativos de la salud Bucodental que cubre esta Póliza proporcionados por un Odontólogo para el Diagnóstico y Tratamiento del problema bucodental son:

- a) Atención médico dental en el consultorio,
- b) Amalgamas,
- c) Resinas simples,
- d) Curaciones sedativas,
- e) Recubrimientos pulpar directo e indirecto,
- f) Tratamiento endodóntico en anteriores,
- g) Tratamiento endodóntico en premolares,
- h) Tratamiento endodóntico en molares,
- i) Incrustaciones metálicas,
- j) Onleys metálicas,
- k) Drenaje de absceso intraoral,
- l) Pulpotomías,
- m) Extracciones simples.

Para Odontopediatría, los servicios cubiertos son los que se mencionan a continuación:

- a) Atención médico dental en el consultorio,
- b) Amalgamas en dientes permanentes,
- c) Resinas simples en dientes permanentes,
- d) Curaciones sedativas,
- e) Aplicación de selladores de fisuras,
- f) Pulpotomías,
- g) Extracciones simples de dientes temporales así como permanentes.

P. Exclusiones

La parte de las exclusiones son muy importantes ya que deben ser muy acotadas y claras para así evitar disyuntivas en los beneficios no cubiertos.

Para este plan de Seguro de Salud Dental se propone no amparar ningún caso los gastos derivados de:

- a) Prótesis Fija y Removible,
- b) Cirugía Oral con excepción de extracción simple,
- c) Ortodoncia,
- d) Traumatismo por Accidente
- e) Fracturas Dentales
- f) Servicios y Procedimientos Experimentales,
- g) Gastos erogados por Tratamiento fuera de la vigencia de la Póliza
- h) Urgencias Médico Odontológicas,
- i) Servicios Médicos y de Hospital,

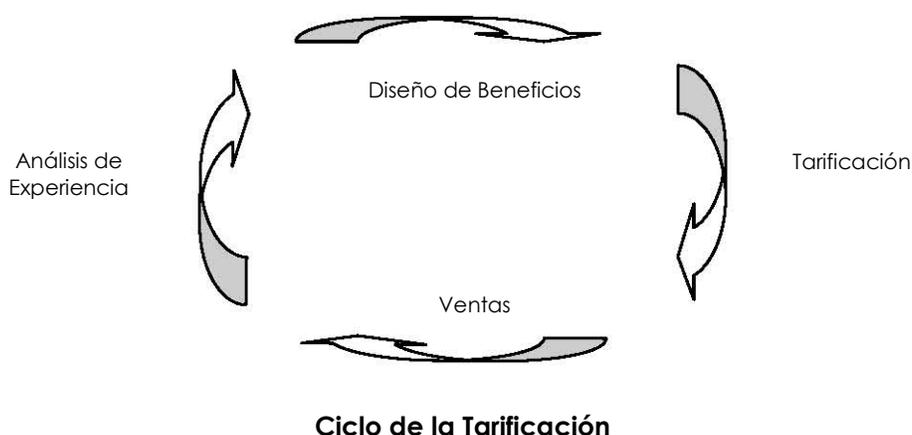
- j) Gastos erogados por servicios prestados en el extranjero,
- k) Gastos erogados a consecuencia de lesiones que el Usuario sufra en actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución; por participar activamente en riñas o en actos delictivos intencionales,
- l) Lesiones o enfermedades que el Usuario sufra a consecuencia de prestar servicio militar, de seguridad o vigilancia,
- m) Lesiones que intencionalmente se cause a sí mismo el Usuario o se produzcan con el consentimiento o participación de éste,
- n) Lesiones que se originen cuando el Usuario se encuentre bajo los efectos del alcohol, o de estupefacientes o psicotrópicos, así como de fármacos no prescritos por un Médico,
- o) Servicios Odontológicos prestados por personas que tengan relación de parentesco por consanguinidad, afinidad y civil con el Asegurado y/o sus Dependientes.

Con esto se concluye la propuesta del Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo.

Conclusiones.

En este capítulo se propone la Nota Técnica y Documentación Contractual de un Plan de Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo, pero existen puntos importantes que se deben considerar para el desarrollo de un producto además de los que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas marca como requisitos.

Para lo anterior se tiene que la tarificación es un ciclo; el Ciclo de la Tarificación, como se muestra a continuación:



Donde para el Diseño de Beneficios se debe considerar:

- Los beneficios y características de los beneficios a cubrir.
- Tipo de Red que se usará (Capítulo I).
- Utilización Base por Servicio (Frecuencia Anual al Millar, Tabla 1. Frecuencia y Severidad).
- Costo Base por Servicio (Severidad, Tabla 1. Frecuencia y Severidad).
- Perfiles Demográficos, Edad y Sexo.
- Deducibles, coaseguros y copagos, en este trabajo se propuso manejar el copago, ya que facilita el entendimiento por parte del asegurado en no manejar varios términos).
- Límites específicos por beneficio.
- Nivel de Gerenciamiento, es decir la forma de administrar la salud.
- Seguro Individual o de Grupo y Colectivo, que en este caso se propuso para grupo y colectivo.
- Esquema de compensación a proveedores.

Contando con los puntos anteriores se tiene un panorama acotado de dónde se quiere ir; así se estará preparado para realizar la tarificación, donde la fórmula básica es:

$$\begin{array}{r} \text{Utilización Anual por 1000 Usuarios} \\ \times \\ \text{Costo Promedio del Servicio} \\ - \\ \text{Costos Compartidos} \\ \div \\ 12,000 \\ = \\ \text{Siniestros Esperados por Usuario Por Mes} \end{array}$$

El tercer punto que es la Venta, esta es muy importante ya que la ISES debe preocuparse de capacitar bien a sus agentes, porque hoy día el mercado se encuentra muy competido, y esa competencia muchas veces es "depredatoria", ya que para efectuar ventas el agente promete cosas que son imposibles de cumplir como son coberturas no incluidas o primas muy bajas; dado que la forma de venta en muchas compañías es agresiva en cuanto a costos y coberturas con la única finalidad de captar negocios, no viendo que afectan directamente al sector asegurador, porque logran negocios con insuficiencia de primas, sin considerar los elementos técnicos necesarios. Otra es la complejidad de las Condiciones Generales, lo que hace que los asegurados no conozcan la forma de acceso a sus servicios, pero esta problemática se busca atenuar con el folleto explicativo. La última y no menos importante es la falta de una cultura del seguro. Estos son algunos de los puntos importantes a considerar para la venta de los planes del seguro de Salud.

Análisis de Experiencia es la última fase del Ciclo de Tarificación, en la cual se deben tener en cuenta los siguientes puntos para mejorar el plan vendido y además son algunos de los retos que se tienen para los actuarios, como son:

- Crear estadísticas propias, las cuales sean confiables, homogéneas, oportunas, por tipo de riesgo, etc.
- Contar con sistemas de Información confiables para obtener el comportamiento de la cartera, tendencias, evaluación, diagnósticos, tratamientos, controles, pronósticos, etc.
- Codificación Uniforme, en tratamientos, procedimientos, facturación, reclamaciones, etc.
- Mejorar y crear nuevas herramientas para la evaluación, control de costos, mejora en calidad de atención, indicadores de desempeño, etc.
- Guías de cuidados médicos, crear protocolos y estándares médicos de atención.
- Crear bases técnicas y herramientas necesarias para el desarrollo del sector.
- Programas de Estudios y conscientizar al sector.

Como se puede observar la última fase del Ciclo de Tarificación es un reto para la profesión, ya que es un nicho no explotado en México y que se puede hacer crecer.

La Organización Mundial de la Salud define que "Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social" , lo que ha generado que la sociedad mexicana tenga ante sí ya un conjunto de propuestas para transformar el sistema de salud, como se observo en el presente trabajo, desde 1997 iniciaron las modificaciones pertinentes para contar con dos opciones más para la atención de la salud, que es el Seguro Popular de Salud y el Seguro de Salud Privado, este último es al que esta dirigido la presente propuesta.

La inversión productiva en salud tienen efectos positivos sobre la economía, al mejorar la calidad de vida, incrementar la productividad, promover la competitividad, generar empleo, combatir la pobreza, estimular las redes de proveedores y promover la seguridad general de la sociedad. En marcado contraste, el gasto improductivo en salud tiene un impacto negativo en la economía, al agravar la inflación, socavar la competitividad y desviar recursos que podrían tener mejores usos para el bien colectivo, a lo que lleva a concluir que esta apertura al mercado de salud ayudará a la economía mexicana.

Una de las principales tendencias del cuidado de la salud, es el de la prevención, pero no sólo es esta, sino el dinero que se perdería al no hacerlo, ya que el contexto económico de la organización médica en México exige mayor eficiencia y esto, a su vez para en presionar hacia un mayor énfasis en la prevención.

Una de las limitaciones es que ante esta mayor exigencia y vigilancia sobre los servicios de salud, los prestadores de los mismos modifiquen sus comportamientos; por ejemplo solicitando mayor número de estudios a los pacientes para reducir las posibilidades de equivocación en los diagnósticos o tratamientos, requiriendo estudios más profundos antes de diagnosticar enfermedades, o tomando los médicos seguros contra demandas jurídicas por malas prácticas médicas. Todo ello podría encarecer aún más la prestación de los servicios.

Pero la búsqueda de competitividad y eficiencia es hoy condición necesaria para la sobrevivencia ante una creciente competencia, lo cual podría enfrenar la elevación de

costos; la tendencia hacia una mayor regulación, y la exigencia de más información sobre el desempeño, también resulta inevitable una mayor atención sobre la calidad.

A mediano plazo se espera que se constituyan más Instituciones de Seguros Especializadas en Salud que apuesten a este tipo de Administración de la Salud, y será así si se cuenta con el apoyo de las Instituciones que las rigen, en particular de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, ya que al contar con su apoyo habría competencia honesta, información estadística y un impulso para el crecimiento acelerado del ramo de Salud. En cambio si no se cuenta con dicho apoyo y el desconocimiento del mercado crece, no habrá desarrollo en el mismo.

Así se puede concluir que la administración de la salud es el vehículo que garantiza mejores servicios acorde con el perfil epidemiológico de los mexicanos y desde luego cuidar que sea a precios accesibles, con lo anterior se estaría buscando el camino para llegar a la definición de salud que tiene la Organización Mundial de la Salud.

1. Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas y de Seguros
2. Perspectivas del Mercado del Seguro de Salud. 1996-2005
AMIS, Comité de Planeación Estratégica
3. Nueva Ley del Seguro Social Ilustrada
Instituto Social del Seguro Social 1997
4. Diario Oficial de la Federación
Publicación del 3 de enero de 1997
5. Diario Oficial de la Federación
Publicación del 31 de diciembre de 1999
6. Organización de la Salud en Argentina y Equidad, Julio, 2002
Oscar Centrándolo y Florencia Devoto
7. Observatorio de la Salud, 1997
Fundación Mexicana para la Salud
8. Presentación "Los seguros de Salud en México", 2001
Lic. Fernando Alvarez del Río

A N E X O S

Anexo I

Algunos Sistemas de Administración en el Mundo

Europa Occidental

En Inglaterra, Suecia, Italia, España y Noruega, cuentan con cobertura universal a través del Sistema Nacional de Salud.

Europa Oriental

País	Tipo de Sistema	Cobertura/Prestación
Bulgaria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa
	Seguro complementario privado voluntario	Medicamentos, contribuciones a los gastos, tratamiento hospitalario interno.
Croacia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa
	Seguro complementario privado voluntario	Asistencia médico-sanitaria completa incluido nivel superiores de prestaciones (personas con altos niveles de sueldo)
	Seguro complementario privado	Nivel superior de prestaciones
Eslovaquia	Aseguradoras de enfermedad publicas y no lucrativas, obligatorias	Asistencia médico-sanitaria completa. Excepciones: ciertos medicamentos, productos odontológicos, prótesis, etc.
	Seguro complementario privado voluntario: - Aseguradoras de enfermedades no lucrativas - Aseguradoras privadas	Seguros de viajes, nivel elevado de prestaciones en caso de hospitalización, indemnización diaria.
Eslovenia	Seguridad social estatal y obligatoria	Asistencia médico-sanitaria básica en parte indemnización diaria, gastos funerarios, etc
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestaciones
Hungria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria básica, maternidad, indemnización, exceto medicamentos
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel elevado de prestaciones
Polonia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Prestaciones del seguro de enfermedades: Asistencia médico-sanitaria básica
República Checa	Aseguradoras de enfermedades públicas y no lucrativas; obligatorios	Asistencia médico-sanitaria completa Excepto: medicamentos, odontólogos, operaciones de cirugía estética
	Seguro complementario privado voluntario	Sobre todo seguros de viajes, indemnización diaria.
Rumanía	Fondo estatal de seguro de enfermedad, obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa, excepto: medicamentos en tratamientos ambulatorios
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestación
Rusia	Fondo federal, así como fondos territoriales y regionales de seguros de enfermedades obligatorios	Asistencia médico-sanitaria completa
	Seguro complementario privado voluntario	Nivel superior de prestación, en caso de hospitalización mejor asistencia tras el alta hospitalaria

Anexo I

Algunos Sistemas de Administración en el Mundo

Asia

País	Tipo de Sistema	Cobertura/Prestación
China	Seguro de enfermedad estatal obligatorio Para empleados del estado: Para empleados de empresas: Para empleados estatales:	Asistencia médico-sanitaria completa Gastos médicos, hospitales y medicamentos
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguros complementarios
Corea del Sur	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Parte de los gastos sanitarios obligatorios y de hospitalización
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario
Filipinas	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria, maternidad, pérdida de ingresos salariales
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario
Hong Kong	Hospitales públicos	Asistencia médico-sanitaria hospitalaria
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa
Indonesia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario
Malasia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Gastos sanitarios, invalidez, muerte
	Seguro de invalidez operativo	Accidentes, invalidez, muerte
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario
Singapur	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico-sanitaria completa maternidad
	Seguro enfermedad privado	Seguro complementario
Tailandia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Gastos sanitarios, maternidad, pérdida de ingresos salariales
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario
Taiwan	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Gastos sanitarios, maternidad
	Seguro complementario optativo para familiares	Parte de los gastos sanitarios; maternidad
	Seguro enfermedad privado	Asistencia médico-sanitaria completa o seguro complementario

Anexo II

Propuesta de Credencial del Seguro de Salud Dental para Grupo y Colectivo

Anverso

Reverso

<p>ISES 2000</p> <p>TORRES MARTHA E</p> <p>VALIDA HASTA: 01-OCT-2000</p> <p>No Usuario: 585491 POLIZA: SAX001 PLAN: Dental CERTIFICADO: 53</p> <p>COPAGOS Tratamientos y consultas con el Odontólogo \$ 20</p>	<p>Para información sobre la cobertura de su plan, proveedores, trámites y quejas llame al CENTRO DE ATENCION TELEFONICA. 5-448-6744 o en el interior de la República 01-800-112-8722</p> <hr/> <p>Toda atención Odontológica, a excepción de Urgencias, deberá ser proporcionada por los Proveedores de la Red. En caso contrario, USTED PAGARA EL USO DE ESTOS SERVICIOS.</p> <p>Esta credencial así como su vigencia está sujeta a las condiciones de su plan.</p>
--	--

Anexo III

Procedimientos Dentales cubiertos por Capitación

CÓDIGO	DESCRIPCION
D0120	CONSULTA INICIAL – EVALUACION Y MANEJO INICIAL, REQUIERE HISTORIA DE SALUD INDIVIDUAL – EXPLORACION DENTAL CLINICA – ORDENA ESTUDIOS DE LABORATORIO/DIAGNÒSTICO MEDICAMENTE NECESARIOS DEL NUEVO PACIENTE Y/O INICIAR TRATAMIENTO ESPECIFICO
D0140	CONSULTA SUBSECUENTE – EVALUACION Y MANEJO SUBSECUENTE – EXPLORACION CLINICA DENTAL – ESTABLECER DIAGNOSTICO CLINICO – INTERPRETAR ESTUDIOS DE LABORATORIO/DIAGNOSTICO - ESTABLECER Y EJECUTAR PLAN DE TRATAMIENTO MEDICAMENTE NECESARIO
RADIOGRAFIA	
D0210	INTRAORAL – SERIE COMPLETA (ALETAS DE MORDIDA INCLUIDOS)
D0220	INTRAORAL – PERIAPICAL – INICIAL RADIOGRAFIA
D0230	INTRAORAL – PERIAPICAL – SUBSECUENTE RADIOGRAFIA
D0240	INTRAORAL – OCLUSAL
D0270	INTRAORAL – ALETAS DE MORDIDA – UNA RADIOGRAFIA
D0272	INTRAORAL – ALETAS DE MORDIDA – DOS RADIOGRAFIAS
D0274	INTRAORAL – ALETAS DE MORDIDA – CUATRO RADIOGRAFIAS
EXAMENES DE LABORATORIO	
D0460	PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR
SERVICIOS PREVENTIVOS	
D1110	PROFILAXIS EN ADULTOS
D1120	PROFILAXIS EN NIÑOS
TRATAMIENTO DE FLUOR EN CONSULTORIO	
D1201	APLICACIÓN DE FLUOR (INCLUYE PROFILAXIS) EN NIÑOS
OTROS SERVICIOS PREVENTIVOS	
D1310	CONSEJO SOBRE NUTRICION PARA CONTROL DE EMFERMEDAD DENTAL
D1320	CONSEJO SOBRE CONTROL Y PREVENCION DE EMFERMEDADES ORALES POR TABAQUISMO
D1330	INSTRUCCIONES SOBRE HIGIENE DENTAL (CEPILLADO, HILO DENTAL, PASATILLAS, REVELADORAS, ENJUAGUES BUCALES, OTROS)
D1351	SELLADO – POR DIENTE – SOLO PARA NIÑOS
SERVICIO RESTAURATIVO	
RESTAURACIONES CON AMALGAMA (INCLUYENDO PULIDO)	
O2110	AMALGAMA – UNA CARA – DIENTE PRIMARIO

CÓDIGO	DESCRIPCION
O2120	AMALGAMA – DOS CARAS – DIENTE PRIMARIO
O2130	AMALGAMA – TRES O MAS CARAS – DIENTE PRIMARIO
O2140	AMALGAMA – UNA CARA – DIENTE PERMANENTE
O2150	AMALGAMA – DOS CARAS – DIENTE PERMANENTE
O2160	AMALGAMA – TRES O MÁS CARAS – DIENTE PERMANENTE
RESTAURACIONES CON RESINA	
D2330	RESINA – UNA CARA – ANTERIOR
D2331	RESINA – DOS CARAS – ANTERIOR
D2332	RESINA – TRES O MÁS CARAS – ANTERIOR
D2380	RESINA – UNA CARA – POSTERIOR – DIENTE PRIMARIO
D2381	RESINA – DOS CARAS – POSTERIOR – DIENTE PRIMARIO
D2382	RESINA – TRES O MÁS CARAS – POSTERIOR – DIENTE PRIMARIO
D2385	RESINA – UNA CARA – POSTERIOR – DIENTE PERMANENTE
D2386	RESINA – DOS CARAS – POSTERIOR – DIENTE PERMANENTE
D2387	RESINA – TRES O MÀS CARAS – POSTERIOR – DIENTE PERMANENTE
OTROS SERVICIOS RESTAURATIVOS	
RECUBRIMIENTO DE PULPA	
D3110	RECUBRIMIENTO PULPAR – DIRECTO (EXCLUYE RESTAURACION FINAL)
D3120	RECUBRIMIENTO PULPAR – INDIRECTO (EXCLUYE RESTAURACION FINAL)
PULPOTOMIA	
D3220	PULPOTOMIA (EXCLUYE RESTAURACION FINAL)
TERAPIA DE LA PULPA PARA DIENTES PRIMARIOS(INCLUYE DIENTES PRIMARIOS CON DIENTES SUCEDANEOS Y APLICACIÓN DEL RELLENO REASORBIBLE)	
D3230	TERAPIA DE PULPA (APLICACIÓN DEL RELLENO REASORBIBLE) – ANTERIOR – DIENTE PRIMARIO (EXCLUYE RESTAURACION FINAL)
D3240	TERAPIA DE PULPA (APLICACIÓN DEL RELLENO REASORBIBLE) – POSTERIOR – DIENTE PRIMARIO (EXCLUYE RESTAURACION FINAL)
CIRUGIA ORAL POR DENTISTA	
EXTRACCIONES POR CIRUGIA (EXCLUYE ANESTESIA LOCAL Y CUIDADO RUTINARIO POST OPERATORIO)	
D7110	UN DIENTE
D7120	CADA DIENTE ADICIONAL
D7130	EXTRACCION DE LA RAIZ
OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	
D7285	BIOPSIA DE TEJIDO BUCAL
INCISION QUIRÚRGICA	
D7510	INCISION Y DRENAJE DE ABCESOS – TEJIDO SUAVE INTRABUCAL
D7530	EXTRACCION DE UN OBJETO EXTRAÑO EN: PIEL , TEJIDO AREOLAR SUBCUTANEO, O UN OBJETO EXTRAÑO QUE PRODUJO UN REACCION

CÓDIGO	DESCRIPCION
SERVICIOS GENERALES ADJUNTOS	
TRATAMIENTO SIN CLASIFICACION	
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO NO PROGRAMADO Y POR EMERGENCIA DE DOLOR DE DIENTES - PROCEDIMIENTO MENOR
ANESTESIA	
D9210	ANESTESIA LOCAL SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
D9211	BLOQUEO REGIONAL SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
D9212	BLOQUEO TRIGEMINO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
D9230	ANALGESIA
CONSULTAS PROFESIONALES	
D9310	INTERCONSULTAS (SERVICIOS DIAGNOSTICOS DADOS POR OTRO DENTISTA, NO POR EL TRATANTE

Anexo IV

Formato Multiple de Servicios

ISES 2000
FORMATO MULTIPLE DE SERVICIOS

FECHA DE CONSULTA	DIA	MES	AÑO
FECHA DE PRESTACION DEL SERV. SOLICITADO	DIA	MES	AÑO

No. FOLIO:
No. AUTORIZACION:

RECETA
 LABORATORIO
 PROTESIS

NOMBRE DEL PACIENTE:	No. DE MIEMBRO:
NOMBRE DEL TITULAR:	EMPRESA:

DETALLE DEL SERVICIO SOLICITADO:

CODIGO CIE-10

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DETALLE DEL SERVICIO SOLICITADO:

CODIGO CIE-10

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CODIGO DE CONSULTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INCAPACIDAD (DIAS NATURALES): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CAUSA <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE DE TRAYECTO	<input type="checkbox"/> MATERNIDAD <input type="checkbox"/> PROBABLE RIESGO DE TRABAJO	CERTIFICADO DE INCAPACIDAD
---	---	--	--	----------------------------

NOMBRE DEL MEDICO:	No. PROVEEDOR DEL PRESTADOR DE SERVICIOS
No. DE PROVEEDOR:	CEDULA PROFESIONAL No.:

 FIRMA DEL MEDICO

 RECIBI CONSULTA Y SOLICITUD DE SERVICIOS
 (FIRMA DEL PACIENTE)

 RECIBI SERVICIO
 (FIRMA DEL PACIENTE)

Anexo VI

Contrato Tipo

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS QUE CELEBRAN POR UNA PARTE "ISES 2000", S.A. DE C.V.", A QUIEN EN LO SUCESIVO SE DENOMINARÁ "ISES 2000", REPRESENTADA POR EL LIC. ORLANDO VEGA PACHECO EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE LEGAL Y POR LA OTRA PARTE EL (LA) C.D. «nombre» POR SU PROPIO DERECHO, A QUIEN EN LO SUCESIVO SE LE DENOMINARÁ EL "ODONTOLOGO", DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES DECLARACIONES, DEFINICIONES Y CLAUSULAS:

DECLARACIONES

- I. Declara "ISES 2000" por medio de su representante legal que:
 - a) Es una sociedad constituida de conformidad con las leyes mexicanas, según consta en la escritura No. 1505 de fecha 15 de mayo de 2000, otorgada ante la Notaría Pública No. 100, de San Pedro Garza García, Nuevo León, inscrita en el Registro Público del Comercio el día 13 de mayo de 1999, bajo el folio mercantil 182533.
 - b) Conforme a su objeto social esta facultada para celebrar diversos contratos con prestadores de servicios para la salud y que a través de ellos, facilita los servicios de esta naturaleza a aquellos individuos que tengan derecho a recibirlos, en virtud de un contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.
 - c) Para la prestación de servicios requiere de hospitales, clínicas, consultorios médicos, laboratorios y personal relacionado para la atención de la salud de los USUARIOS de un contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.
 - d) Tiene celebrados contratos con entidades diversas que han aceptado responsabilizarse del financiamiento de los beneficios y pagar los SERVICIOS CUBIERTOS.
 - e) **Cuenta con facultades suficientes para suscribir este contrato, según se acredita con el testimonio de la escritura pública No. 12356, de fecha 15 de julio de 1999, tirada ante el licenciado Jorge Luis Ocampo Garza, Notario Público No. 100, de San Pedro Garza García, e inscrita en el Registro Público de Comercio del Distrito Federal, bajo el folio Mercantil No. 182533 y que a la fecha no le han sido revocadas ni modificadas de manera alguna.**
- II. Declara El "ODONTOLOGO" que:
 - a) Tiene capacidad legal para celebrar y obligarse en los términos del presente contrato.
 - b) Cuenta con título profesional que lo acredita como Cirujano Dentista, con número de Cédula Profesional **«licencia1»**, expedida por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

- c) Cuenta con la capacidad, conocimientos y experiencia profesional en el área científica y técnica que se requiere para cubrir su profesión.
- d) Bajo protesta de decir verdad, que no existe ningún conflicto de intereses entre las partes, derivado de la prestación del presente servicio, ni negocios personales en virtud de los cuales "EL ODONTOLOGO" hubiere proporcionado algún beneficio a los funcionarios y empleados de "ISES 2000" o a terceras personas.
- e) Cuenta con las licencias, permisos y certificaciones necesarias expedidas por las autoridades administrativas del sector salud y sanitarias, para el funcionamiento del consultorio Odontologo, con domicilio para la prestación del servicio en: **«comercial», COL. «colcomercial», C.P. «cpcomercial», «muncomercial», «entcomercial».**

DEFINICIONES

Para los efectos del presente Contrato, ambas partes entenderán por:

- a) "ISES 2000", ISES 2000, Sociedad Anónima de Capital Variable, cuyo objeto es la administración de la prestación de servicios para el cuidado de la salud, incluidos los planes de salud.
- b) "ODONTOLOGO", es el profesionista que tiene como fin poder diagnosticar y tratar, los padecimientos dentales y dar seguimiento apropiado a las enfermedades correlacionadas.
- c) "SERVICIOS CUBIERTOS", erogaciones que se realizan para el cuidado de la salud y/o enfermedades y accidentes a los cuales los USUARIOS tiene derecho conforme a un contrato de seguros de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud autorizados.
- d) "POLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES", instrumento que determina la naturaleza de los riesgos garantizados y que la empresa aseguradora se obliga mediante la emisión de un dictamen de "ISES 2000" a resarcir un daño o a pagar una suma de dinero al verificarse la eventualidad prevista en el contrato del seguro.
- e) "PLAN DE SALUD", programa de beneficios que contempla la prestación de servicios para el cuidado de la salud que serán reembolsados, pagados u otorgados a personas que estén autorizadas en ese programa de beneficios para la salud, que utilice los recursos necesarios para recibir los servicios de los proveedores participantes y sea emitido, administrado o atendido por "ISES 2000".
- f) "MEDICAMENTO NECESARIO", servicio o insumo indispensable para el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la condición física o mental de los USUARIOS, de acuerdo con el contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.

- g) "USUARIO(S)", persona(s) física(s) amparada(s) o registrada(s) por un contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud, autorizado por "ISES 2000" para recibir atención médica.
- h) "MANUAL", recopilación de políticas y procedimientos acordados por "ISES 2000" y el "ODONTOLOGO" en cuyos términos se contienen condiciones a cumplir.
- i) "PAGADOR", entidad que haya aceptado responsabilizarse del financiamiento de los beneficios, o en general, de pagar los SERVICIOS CUBIERTOS prestados a los USUARIOS en términos del programa de un contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.
- j) "PRESTADOR DE SERVICIOS", persona física o moral, establecida y sujeta a un contrato suscrito con "ISES 2000", para la prestación y administración de servicios para el cuidado de la salud.
- k) "DEDUCIBLE, COASEGURO Y COPAGO", cargo contemplado dentro de un contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud que deba ser pagado por el USUARIO al momento que se le presten los SERVICIOS CUBIERTOS.
- l) "CODIGO CIE10", lista de términos descriptivos y código de la identificación de diagnósticos y/o enfermedades, para informar por el PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.
- m) "CODIGO CPT4", lista de términos descriptivos y códigos de identificación para informar servicios y procedimientos realizados por el PRESTADOR DE SERVICIOS MÉDICOS.

En virtud de lo anterior, tomando en cuenta los acuerdos y compromisos mutuos contenidos en este contrato y otras consideraciones que forman parte de los anexos del presente instrumento, las partes convienen en formalizar su acuerdo de voluntades de manera enunciativa pero no limitativa de conformidad con las siguientes:

CLAUSULAS

OBJETO

PRIMERA.- Por medio del presente Contrato, "EL ODONTOLOGO" se obliga a poner a disposición de los USUARIOS del contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud, su Consultorio Odontológico, para la prestación del servicio con el horario requerido por "ISES 2000", el "ODONTOLOGO" autoriza se registre en el centro de atención telefónica y directorios para la información de los USUARIOS de ésta.

PRECIO Y FORMA DE PAGO

SEGUNDA.- Las partes convienen que:

- a) Como contraprestación de los servicios profesionales materia del contrato, el PAGADOR en forma directa o a través de "ISES 2000" en un término no mayor a 15 días naturales pagará al "ODONTOLOGO" el monto establecido en el anexo "C" de

acuerdo con la descripción del anexo "B", mismos que firmados por las partes, forman parte integrante de éste contrato.

- b) "ISES 2000" pagará al "ODONTOLOGO" el monto correspondiente que se especifique en el anexo "C" siempre y cuando dicho recibo sea presentado dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que se hubiere prestado el servicio al USUARIO.
- c) EL COPAGO, DEDUCIBLE Y COASEGURO aplicable y que el "ODONTOLOGO" tenga derecho a facturar y cobrar por la atención médica a los USUARIOS será cubierto de acuerdo a lo previsto en la POLIZA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES y/o administración total de servicios médicos y/o PLANES DE SALUD.
- d) "ISES 2000" tiene derecho a requerir del "ODONTOLOGO" todo tipo de aclaraciones e inclusive rechazar aquellos recibos y/o facturas que presenten anomalías u omisiones y solicitar su reexpedición.
- e) El "ODONTOLOGO" se responsabiliza de su situación fiscal y administrativa que se derive del presente contrato y autoriza a "ISES 2000" para que las contraprestaciones que le sean cubiertas por ésta, se sujeten a las disposiciones tributarias respectivas.

TERCERA.- El "ODONTOLOGO" se obliga a mantener vigente:

- a) La certificación médica del colegio correspondiente.
- b) Los privilegios de acceso para la atención odontológica, por lo menos en un hospital participante en los planes de salud contratados por "ISES 2000".
- c) **La póliza de responsabilidad civil que ampara los servicios que proporciona.**
- d) Su capacitación y la del personal que tenga contratado, asociado o relacionado con el tratamiento de los USUARIOS, para el desempeño de sus funciones.
- e) La supervisión del personal que lo auxilie en la prestación del servicio materia del contrato.

CUARTA.- El "ODONTOLOGO" se obliga de manera general a:

- a) Facilitar los mecanismos de referencia y contrarreferencia establecidos en el MANUAL.
- b) A tener bajo salvaguarda la papelería oficial que "ISES 2000" le proporciona para la atención de los USUARIOS y a notificar de inmediato la pérdida o extravío de ésta.
- c) Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea requerido y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia que implique abuso o ejercicio indebido de su desempeño, observando lo dispuesto en la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas de Salud Vigentes.
- d) Utilizar los recursos que tenga asignados por "ISES 2000" para el desempeño de sus actividades.

- e) Custodiar o cuidar la documentación e información de los USUARIOS, de acuerdo a la norma oficial del expediente clínico evitando el mal uso, la sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización de la misma.
- f) Observar buena conducta, tratando con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación con motivo del presente contrato.
- g) Comunicar por escrito a "ISES 2000" las dudas sobre el otorgamiento de los servicios y las quejas que se susciten en la prestación de los servicios que proporciona a los USUARIOS.
- h) Abstenerse de solicitar, aceptar o recibir por sí o por interpósita persona dinero o gratificaciones adicionales al tabulador pactado que recibe por la prestación de sus servicios.
- i) Supervisar que el personal a su cargo cumpla con las disposiciones que prescriba para la atención médica para los USUARIOS, para garantizar la calidad, oportunidad, cortesía y calidez en los servicios prestados.
- j) Cumplir con las instrucciones, requerimientos y determinaciones que reciba de "ISES 2000".
- k) Abstenerse de celebrar o autorizar contratos relacionados con la atención medica de los USUARIOS.
- l) Proporcionar a "ISES 2000", al USUARIO y a las personas que éste autorice, la información relacionada con su padecimiento, así como las medidas terapéuticas y el pronóstico de las mismas, de acuerdo a las normas éticas sobre confidencialidad y las de obligatoriedad de la información.
- m) Obtener autorización del USUARIO, en caso de tratamiento médico, terapéutico ó quirúrgico, que implique riesgo siempre que éste se encuentre dentro de los SERVICIOS CUBIERTOS.
- n) Proporcionar al USUARIO y a sus familiares la información necesaria respecto de los servicios médicos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998.
- o) Implementar las medidas de seguridad necesarias para el USUARIO, sus acompañantes y sus pertenencias.
- p) Facilitar el acceso expedito a los servicios que proporciona.
- q) Conservar la privacidad y confidencialidad de los servicios prestados.
- r) Comunicar por escrito a "ISES 2000" en relación a cambios de domicilio, números telefónicos de consultorio, de radiolocalización con mínimo 30 días de anticipación.

QUINTA.- EL "ODONTOLOGO", para la prestación del servicio, se obliga a:

- a) Recabar la orden de tratamiento, que deberá ser autorizada previamente por "ISES 2000".

- b)** Comprobar la identidad del USUARIO, mediante la solicitud de la tarjeta de identificación emitida por "ISES 2000" y/o la exhibición de la credencial de identificación de las empresas con motivo del contrato de SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y/O ADMINISTRACIÓN TOTAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O PLANES DE SALUD, antes de otorgar el servicio, asegurándose que ésta sea vigente.
- c)** Verificar que el USUARIO tenga derecho a los servicios cuando haya duda, mediante llamada telefónica sin cargo, que haga a "ISES 2000" al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación del USUARIO.
- d)** Requisar debidamente los formatos establecidos por "ISES 2000" para la atención dental del USUARIO.
- e)** Atender la orden de tratamiento y realizar el interrogatorio y la exploración bucal del USUARIO conforme a su especialidad.
- f)** Aceptar de "ISES 2000" las adiciones o cancelaciones en la lista de acciones y obligaciones derivadas del contrato de SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y/O ADMINISTRACIÓN TOTAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O PLANES DE SALUD.
- g)** Presentar a "ISES 2000" para su revisión los recibos de honorarios debidamente requisitados conforme a la legislación fiscal por los servicios profesionales proporcionados a los USUARIOS con motivo del contrato de seguros de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.
- h)** Proporcionar a solicitud por escrito de "ISES 2000", el Expediente Dental en los casos que se considere necesario.
- i)** Guardar de manera escrupulosa todo tipo de información o documentación de acuerdo a la norma oficial del expediente clínico y la relacionada con las actividades derivadas del presente contrato que de manera enunciativa consisten en políticas y procedimientos, información relacionada con índice de reembolsos y planes de enfermedades de accidentes y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud que constituyen información confidencial y reservada, así como de los asuntos administrativos reservados cuya divulgación pueda causar perjuicio a "ISES 2000" excepto cuando se trate de mandato judicial y/o de la CONAMED, en el caso, deberá informar por escrito a "ISES 2000".
- j)** Autoriza a "ISES 2000" el uso de su nombre y datos de identificación y descriptivo de carácter profesional o en la literatura publicitaria, así como, se registre en el centro de atención telefónica y directorios para la información de esta última.

SEXTA.- "ISES 2000" se obliga a:

- a)** Expedir tarjetas de identificación y/o a exhibir los mecanismos de identificación para los USUARIOS conteniendo sus datos personales y/o coberturas, en las que se señale el número telefónico de "ISES 2000" para llamadas sin costo del "ODONTOLOGO".
- b)** Establecer en las tarjetas de identificación de los USUARIOS las categorías de las pólizas del contrato de seguro de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud, especificando los importes o porcentajes de los montos considerados como COPAGO.

- c) Comunicar al "ODONTOLOGO" las adiciones y cancelaciones de acciones y obligaciones del seguro en el contrato de gastos médicos mayores y/o administración total de servicios médicos y/o planes de salud.
- d) Proporcionar al "ODONTOLOGO" la papelería suficiente y en forma oportuna para la atención médica del USUARIO.
- e) Registrar al "ODONTOLOGO" en el centro de atención telefónica y directorios para la información de los USUARIOS así como en su literatura publicitaria.
- f) Proporcionar al "ODONTOLOGO" la capacitación necesaria para el manejo adecuado de la papelería y coberturas de los diferentes productos para la correcta atención de los USUARIOS.
- g) Comunicar al "ODONTOLOGO" en forma oportuna los cambios en las coberturas y vigencias de los servicios a nuestros clientes.

VIGENCIA

SEPTIMA.- El presente contrato entrará en vigor a partir de la fecha de su firma y tendrá una vigencia indefinida; sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán darlo por terminado en cualquier tiempo, mediante comunicación por escrito dirigida al domicilio de la otra parte, con 30 días naturales de anticipación.

OCTAVA.- "ISES 2000" podrá rescindir el contrato en una o más categorías de un contrato de SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y/O ADMINISTRACIÓN TOTAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O PLANES DE SALUD a partir de la fecha de comunicación, en cualquiera de los siguientes supuestos:

- a) Cuando el "ODONTOLOGO" incumpla en cualquiera de las obligaciones contenidas en el presente contrato.
- b) Cuando a criterio de "ISES 2000" se vea afectada la salud, integridad o bienestar de los USUARIOS, por los servicios prestados por el "ODONTOLOGO".

Una vez dado el aviso de terminación del contrato o de un determinado CONTRATO DE SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y/O ADMINISTRACIÓN TOTAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O PLANES DE SALUD, el "ODONTOLOGO" coadyuvará plenamente con "ISES 2000" para la transferencia de los USUARIOS con su expediente médico a otro PRESTADOR DE SERVICIOS en los términos que establezca "ISES 2000".

Las obligaciones y derechos que se deriven con posterioridad a la terminación del contrato estarán vigentes por un periodo de 60 días naturales.

La rescisión de este contrato por las causas señaladas será independiente de los daños y perjuicios que llegaren a ocasionar a la parte afectada.

NOVENA.- El "ODONTOLOGO" se obliga a responder de las reclamaciones respecto de sus obligaciones y responsabilidades en relación a la atención otorgada a los USUARIOS de un contrato de SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y/O ADMINISTRACIÓN TOTAL DE SERVICIOS MÉDICOS Y/O PLANES DE SALUD, con motivo de este contrato, resarciendo a los USUARIOS y/o a "ISES 2000" de cualquier erogación que realicen estos en forma conjunta o separada por la atención tanto médica, hospitalaria, de recuperación o en su caso la rehabilitación requerida por el USUARIO, que sea proporcionada por facultativo e

institución médica o de servicios de atención médica distinta y a disculparse por escrito con el USUARIO, eximiendo a "ISES 2000" de cualquier responsabilidad por el incumplimiento en que incurrió marcando copia del comunicado a este último.

El "ODONTOLOGO" coadyuvará con "ISES 2000" de acuerdo con los procedimientos establecidos por este último en la resolución de cualquier queja con motivo de la prestación de SERVICIOS CUBIERTOS. En caso de abstención será acreedor a resarcir a "ISES 2000" el pago de los daños y perjuicios que se generen con motivo de la queja.

MODIFICACIONES

DECIMA.- Cualquier modificación, adición o aclaración a los términos del presente instrumento o bien servicios adicionales a los enunciados solo podrán llevarse a cabo previo acuerdo por escrito entre las partes.

CESIÓN

DECIMA PRIMERA.- Los derechos derivados del presente contrato, no podrán ser cedidos o transferidos a ninguna persona física o moral o entidad, salvo por consentimiento previo por escrito de la otra parte; cualquier cesión o traslado realizado sin el consentimiento por escrito de las partes, será causa de rescisión o terminación inmediata del presente contrato.

DECIMA SEGUNDA.- Este contrato no implica exclusividad para ninguna de las partes, por lo que ambas pueden suscribir contrato con otras personas físicas, morales o entidades.

DECIMA TERCERA.- Cualquier controversia que se presente con motivo de este contrato se procederá a resolverla de buena fe y de manera informal por medio de intercambio de documentos o reuniones en el domicilio de "ISES 2000" previo aviso por escrito, manifestando la existencia y naturaleza del punto controvertido. Dicha controversia deberá resolverse en un plazo de 30 días naturales.

GARANTIA DEL SERVICIO

DECIMA CUARTA.- El "ODONTOLOGO" se obliga a realizar los servicios contratados en la forma, términos, plazos y condiciones convenidos en el presente contrato, bajo su responsabilidad y dirección, empleando los recursos que fueren necesarios para lograr una óptima prestación de los servicios materia del presente contrato.

RESPONSABILIDAD LABORAL

DECIMA QUINTA.- El "ODONTOLOGO" se obliga a realizar los servicios contratados en la forma, términos, plazos y condiciones convenidos en el presente contrato, bajo su más estricta responsabilidad y dirección, empleando los recursos que fueren necesarios para lograr una óptima prestación de los servicios materia del presente contrato.

El "ODONTOLOGO" acepta y reconoce expresamente que por la prestación de los servicios contratados no se encuadran las partes del presente contrato dentro de los supuestos de los artículos 10° y 13° de la Ley Federal del Trabajo, en virtud de que el

“ODONTOLOGO” no queda sujeto a dirección, dependencia o subordinación alguna ante “ISES 2000”.

De igual manera, el “ODONTOLOGO” reconoce expresamente como de su propia y exclusiva responsabilidad, las obligaciones de patrón que le impongan las leyes laborales, fiscales, penales, etc., respecto del personal que en su caso tuviere que contratar con motivo de la prestación de los servicios encomendados, y se obliga a sacar en paz y a salvo a “ISES 2000” de cualquier reclamación que llegaren a promover sus trabajadores, toda vez que en el presente contrato, no existe subordinación alguna para el “ODONTOLOGO”, ni mucho menos para el personal contratado por éste.

CONFIDENCIALIDAD

DECIMA SEXTA.- En virtud del presente contrato el “ODONTOLOGO” se obliga a no divulgar ni revelar datos, especificaciones técnicas, secretos, métodos, sistemas, y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información a la cual tendrán acceso y que será revelada por una parte a la otra. En consecuencia el “ODONTOLOGO” se obliga a mantener en absoluta confidencialidad la información que se maneje durante la vigencia de este contrato y hasta por 5 (Cinco) años después de concluido el mismo. En caso de existir duda sobre si determinada información es considerada como secreto comercial, deberá ser tratada como confidencial.

El “ODONTOLOGO” se obliga expresamente a utilizar las medidas que fueren necesarias y convenientes para que su personal cumpla y observe dicha confidencialidad, absteniéndose de divulgar o reproducir total o parcialmente la información que obtengan o produzcan con motivo de la prestación de servicios contenida en el presente contrato.

Los datos, información y resultados que sean revelados por “ISES 2000” al “ODONTOLOGO”, o a los que tenga acceso, serán propiedad de “ISES 2000” y constituyen un secreto industrial de éste en términos del Título Tercero, Capítulo Unico, de la Ley de la Propiedad Industrial, y por lo tanto quedan sujetos a lo establecido por los artículos 82, 83, 85, y 86 de dicho ordenamiento legal, por lo que el “ODONTOLOGO” no podrá divulgarlos sin la autorización expresa y por escrito de “ISES 2000”, aceptando desde este momento el “ODONTOLOGO” que la violación o incumplimiento de lo dispuesto en la presente cláusula podrá encuadrarse dentro de los supuestos contemplados dentro de las fracciones III, IV y V del artículo 223 de la citada Ley de la Propiedad Industrial, y de las leyes civiles y penales correspondientes.

DOMICILIOS

DECIMA SEPTIMA.- Para los efectos del siguiente contrato, los contratantes señalan como domicilio el siguiente:

“ISES 2000”: Coyoacán 323-4to piso, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México D.F.

El “ODONTOLOGO”: «fiscal», COL. «colfiscal», C.P. «cpfiscal», «munfiscal», «entfiscal».

CONFLICTO DE INTERESES

DÉCIMA OCTAVA.- Ambas partes convienen en que será causa de rescisión del presente contrato, sin responsabilidad alguna para "ISES 2000" y sin perjuicio de las acciones legales procedentes, el hecho de que antes o durante la vigencia del mismo, surja algún conflicto de intereses entre las partes, en términos de la declaración Il inciso d) de este instrumento, cuando "ISES 2000" no haya sido notificado y en su caso aprobado las acciones que permitan mantener la relación con "EL ODONTOLOGO" al momento de la firma del presente instrumento.

"EL ODONTOLOGO" se compromete a informar inmediatamente a "ISES 2000", cuando con motivo de la prestación del servicio ocurran actos que pudieran representar un "conflicto de intereses".

JURISDICCION Y COMPETENCIA

DECIMA NOVENA.- Para la debida interpretación y cumplimiento de este contrato las partes se someten a los Tribunales de la Ciudad de México y/o de la plaza donde sea firmado el presente contrato, renunciando expresamente a cualquier otro que pudiera corresponderles por virtud de sus domicilios presentes o futuros o por cualquier otra razón causa generadora de competencia territorial.

Las partes firman y ratifican que este contrato refleja la manera y términos en que desean obligarse, debidamente informadas de su contenido, alcance y efectos, así como los de sus Anexos, suscribiéndolo por duplicado de conformidad en la Ciudad de **«compute 0004»**, el **«compute 0005»** de **«compute 0006»** de **«compute 0007»**, actuando como testigos en el acto las personas que se indican más adelante.

"ISES 2000"

"EL ODONTOLOGO"

**ISES 2000, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL
VARIABLE
LIC. ORLANDO VEGA PACHECO.
APODERADO.**

«nombre»

"TESTIGO"

"TESTIGO"

DR. ROBERTO DURAN LEYVA

Anexo VII
Formato de Inscripción y Movimientos

ISES 2000
FORMATO DE INSCRIPCIÓN Y MOVIMIENTOS

FECHA DE LLENADO

FOLIO

Se anexa a _____ folio

TIPO DE TRAMITE																					
<table border="1"> <tr> <td>EMPLEADO/ASEGURADO</td> <td>DEPENDIENTE 1</td> <td>DEPENDIENTE 2</td> <td>DEPENDIENTE 3</td> </tr> <tr> <td>Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alta de <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Baja de <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cambio de <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	EMPLEADO/ASEGURADO	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3	Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baja de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambio de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Razón: _____ _____ _____
EMPLEADO/ASEGURADO	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3																		
Nuevo Ingreso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Alta de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Baja de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Cambio de <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
EMPLEADO/ASEGURADO																					
Nb. de Empleado:	Fecha de ingreso a la Empresa																				
Nb. de Miembro (en caso de tenerlo)																					
RFC	Nombre(s)																				
Apellido paterno	Apellido materno																				
Domicilio (Calle y Número)																					
CP.	Colonia																				
Delegación o municipio	Ciudad																				
Estado	País																				
Email																					
Lada-Teléfono ()																					
Nb. de Afiliación	Fecha de nacimiento																				
DIA	MES																				
ANO	Sexo																				
FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>																				
Estado civil	Nb. de hijos																				
Nb. de Odontólogo	Plan																				
BENEFICIARIOS DEPENDIENTES																					
DEPENDIENTE 1																					
RFC	Nombre(s)																				
Apellido paterno	Apellido materno																				
Domicilio (Calle y Número)																					
CP.	Colonia																				
Delegación o municipio	Ciudad																				
Estado	País																				
Email																					
Lada-Teléfono ()																					
Nb. de Afiliación	Fecha de nacimiento																				
DIA	MES																				
ANO	Sexo																				
FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>																				
Parentesco con el Empleado/Asegurado	Nb. de Odontólogo																				
Plan																					
DEPENDIENTE 2																					
RFC	Nombre(s)																				
Apellido paterno	Apellido materno																				
Domicilio (Calle y Número)																					
CP.	Colonia																				
Delegación o municipio	Ciudad																				
Estado	País																				
Email																					
Lada-Teléfono ()																					
Nb. de Afiliación	Fecha de nacimiento																				
DIA	MES																				
ANO	Sexo																				
FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>																				
Parentesco con el Empleado/Asegurado	Nb. de Odontólogo																				
Plan																					
DEPENDIENTE 3																					
RFC	Nombre(s)																				
Apellido paterno	Apellido materno																				
Domicilio (Calle y Número)																					
CP.	Colonia																				
Delegación o municipio	Ciudad																				
Estado	País																				
Email																					
Lada-Teléfono ()																					
Nb. de Afiliación	Fecha de nacimiento																				
DIA	MES																				
ANO	Sexo																				
FEMENINO <input type="checkbox"/>	MASCULINO <input type="checkbox"/>																				
Parentesco con el Empleado/Asegurado	Nb. de Odontólogo																				
Plan																					
OTRO SERVIDOR OTRO SEGURO MEDICO																					
Su cónyuge trabaja	Nombre de la compañía que trabaja:																				
S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
Su cónyuge tienen póliza de Seguro	Nombre de la Cia. de Seguros:																				
S <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
A quien cubre la póliza:	Nb. de Póliza																				
<input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Usted y su cónyuge <input type="checkbox"/> Solo su cónyuge <input type="checkbox"/> Toda la familia <input type="checkbox"/> Otro _____																					
AUTORIZACIÓN																					
Nombre de quien autoriza:	Puesto de quien autoriza:																				

Anexo VII



Póliza de Seguro de Salud

Carátula de la Póliza

CONTRATANTE: «contrata»	DELEGACION / MUNICIPIO: «municipio»
DOMICILIO: «domicilio»	ESTADO: «estado»
COLONIA: «colonia»	C.P.: «cp»
CIUDAD: «ciudad»	
PAIS: «país»	

DATOS DEL PLAN

NUMERO DE POLIZA: «poliza»	CATEGORIA: «categoria»	FECHA DE EMISION: «emision»	FORMA DE PAGO: «pago»
VIGENCIA DESDE LAS 0:01 HORAS DEL DIA: «desde»	HASTA LAS 24 HORAS DEL DIA: «hasta»	PRORRATEO: «prorateo»	
CLAVE DE TARIFA: «tarifa»	TIPO DE PLAN: «plan»	TIPO DE COLECTIVIDAD: «colect»	

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED

SERVICIO	COPAGO	LIMITE
POR CONSULTA	0 MN	ILIMITADO
POR RADIOGRAFIA OCLUSAL / ALETA DE MORDIDA / PERIAPICAL	0 MN	ILIMITADO
POR SERIE RADIOGRAFICA COMPLETA	0 MN	1 CADA AÑO
POR PROFILAXIS	0 MN	2 AL AÑO
POR AMALGAMA Y RESINA	0 MN	ILIMITADO
POR INCRUSTACION / ONLEY METALICA	0 MN	ILIMITADO
POR RECUBRIMIENTO PULPAR	0 MN	ILIMITADO
POR PULPOTOMIA	0 MN	ILIMITADO
POR EXTRACCIÓN	0 MN	ILIMITADO

EADAES DE - HASTA	COSTO PMPM	COSTO POR MIEMBRO POR AÑO
2 - 14	\$ 38.59	\$ 463.08
15 - +	\$ 45.40	\$ 544.80

EN TESTIMONIO DE LO CUAL LA ISES2000, S.A. DE C.V., FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE MEXICO, D.F. A «fecha»



Anexo VII

Póliza de Seguro de Salud
Certificado Individual

TITULAR: «titular»	EDAD: «edad»	SEXO: «sexot»
NO. CERTIFICADO: «certift»	NO. DE USUARIO: «usert»	

CONTRATANTE: «contrata»	DELEGACION / MUNICIPIO: «municipio»
DOMICILIO: «domicilio»	ESTADO: «estado»
COLONIA: «colonia»	C.P.: «cp»
CIUDAD: «ciudad»	
PAIS: «pais»	

DATOS DEL PLAN

NUMERO DE POLIZA: «poliza»	CATEGORIA: «categoria»	FECHA DE EMISION: «emision»	FORMA DE PAGO: «pago»
VIGENCIA DESDE LAS 0:01 HORAS DEL DIA: «desde»	HASTA LAS 24 HORAS DEL DIA: «hasta»	PRORRATEO: «prorateo»	
CLAVE DE TARIFA: «tarifa»	TIPO DE PLAN: «plan»	TIPO DE COLECTIVIDAD: «colect»	

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED

SERVICIO	COPAGO	LIMITE
POR CONSULTA	0 MN	ILIMITADO
POR RADIOGRAFIA OCLUSAL / ALETA DE MORDIDA / PERIAPICAL	0 MN	ILIMITADO
POR SERIE RADIOGRAFICA COMPLETA	0 MN	1 CADA AÑO
POR PROFILAXIS	0 MN	2 AL AÑO
POR AMALGAMA Y RESINA	0 MN	ILIMITADO
POR INCRUSTACION / ONLEY METALICA	0 MN	ILIMITADO
POR RECUBRIMIENTO PULPAR	0 MN	ILIMITADO
POR PULPOTOMIA	0 MN	ILIMITADO
POR EXTRACCIÓN	0 MN	ILIMITADO

BENEFICIOS DENTRO O FUERA DE LA RED

SERVICIO	COPAGO	LIMITE
URGENCIA ODONTOLÓGICA – VER MANUAL DEL USUARIO PARA EXPLICACION	0 MN	ILIMITADO

LOS BENEFICIOS CUBIERTOS BAJO LA POLIZA SERAN PAGADEROS EN CASO DE ENFERMEDADES AMPARADAS, DE ACUERDO CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO DEL CUAL FORMA PARTE ESTE CERTIFICADO SIEMPRE Y CUANDO DICHO CONTRATO SE ENCUENTRE EN VIGOR.

DEPENDIENTES ECONOMICOS DE LOS ASEGURADOS

PARENTESCO	NOMBRE	CERTIFICADO	No. USUARIO	FECHA INGRESO	FECHA NACIMIENTO	SEXO
«parent»	«nombre»	«certifp»	«userp»	«ingreso»	«nacim»	«sexop»
«parent2»	«nombre2»	«certifp2»	«userp2»	«ingreso2»	«nacim2»	«sexop2»
«parent3»	«nombre3»	«certifp3»	«userp3»	«ingreso3»	«nacim3»	«sexop3»
«parent4»	«nombre4»	«certifp4»	«userp4»	«ingreso4»	«nacim4»	«sexop4»
«parent5»	«nombre5»	«certifp5»	«userp5»	«ingreso5»	«nacim5»	«Sexop5»

EN TESTIMONIO DE LO CUAL LA ISES2000, S.A. FIRMA LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE MEXICO, D.F. A «fecha»

CUESTIONARIO MEDICO

Anexo VII

FOLIO: _____

SE ANEXA A _____ FOLIO

Nombre de la empresa: _____

Estado Civil del Titular: _____

Ocupación del Titular: _____

INFORMACION GENERAL

USUARIO	NOMBRE(S)	AP. PATERNO	AP. MATERNO	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA	PESO
Titular :	1				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DIA MES AÑO	mts.	kgs.
Cónyuge	2				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DIA MES AÑO	mts.	kgs.
Dependiente1	3				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DIA MES AÑO	mts.	kgs.
Dependiente2	4				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DIA MES AÑO	mts.	kgs.
Dependiente3	5				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DIA MES AÑO	mts.	kgs.

INFORMACION MEDICA

EN CASO DE CASO DE CONTESTAR DE MANERA AFIRMATIVA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS , FAVOR DE AMPLIAR LA INFORMACIÓN EN LA TABLA DE ESF

INDIQUE EL DIAGNOSTICO O PADECIMIENTO QUE HA TENIDO LA PERSONA CORRESPONDIENTE A LA COLUMNA.

Usuario	1	2	3	4	5	Ninguno
1. ¿Padece una enfermedad actualmente?	<input type="checkbox"/>					
2. ¿Tiene alguna recomendación o le realizaran pruebas de diagnóstico o cirugía?	<input type="checkbox"/>					
3. ¿Está tomando medicamentos o recibiendo tratamiento? Si "SI", favor de anotar el (los) medicamento(s) y su(s) dosis e indique la condición principal y/o el tipo de tratamiento que está recibiendo.	<input type="checkbox"/>					

MARQUE EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE A LA PERSONA A LA QUE APLIQUE LA CARACTERISTICA

Usuario	1	2	3	4	5	Ninguno
4. ¿Actualmente fuma más de 5 cigarrillos al día?	<input type="checkbox"/>					
5. ¿Realiza algún deporte por más de 3 horas a la semana?	<input type="checkbox"/>					
6. ¿Consumo bebidas embriagantes hasta emborracharse mínimo cada 15 días?	<input type="checkbox"/>					
7. ¿Consumo 5 tazas de café al día?	<input type="checkbox"/>					
8. ¿Cotidianamente, deja de realizar alguna de sus 3 comidas al día?	<input type="checkbox"/>					

DURANTE LOS ULTIMOS 10 AÑOS ¿LE HAN DIAGNOSTICADO O HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR

Usuario	1	2	3	4	5	Ninguno
9. Problemas de corazón?	<input type="checkbox"/>					
10. Desordenes mentales, emocionales, nerviosos o depresión?	<input type="checkbox"/>					
11. Tumor maligno o cáncer?	<input type="checkbox"/>					
12. Infarto, angina de pecho o parálisis?	<input type="checkbox"/>					
13. Enfisema o algún otro problema respiratorio?	<input type="checkbox"/>					
14. Enfermedades del riñón o cálculos o problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/>					
15. Problemas del páncreas o del hígado?	<input type="checkbox"/>					
16. SIDA, complicaciones de SIDA o de algún problema inmunológico?	<input type="checkbox"/>					
17. Diabetes o sus complicaciones? Si "SI" favor de anotar la fecha del diagnóstico y si es dependiente o no de insulina. Por favor incluya la dosis de insulina y cualquier problema relacionado.	<input type="checkbox"/>					
18. Artritis reumatoide? Si "SI", especifique el tipo, grado de discapacidad y tratamiento recibido.	<input type="checkbox"/>					
19. Presión alta?	<input type="checkbox"/>					
20. Si es mujer, ¿está actualmente embarazada?	<input type="checkbox"/>					
21. ¿Ha sido internado en un hospital, clínica u otra instalación médica?	<input type="checkbox"/>					
22. ¿Ha modificado, postpuesto, colizado o le ha sido negado un seguro de accidente, costo médico o vida?	<input type="checkbox"/>					
23. ¿Tiene(n) conocimiento de un impedimento físico o enfermedad que no ha sido mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/>					

TABLA DE ESPECIFICACIONES

No. USUARIO	PREGUNTA No.	INFORMACION	FECHA EN LA QUE SUFRIO			DURACION	CONDICION ACTUAL
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		
			DIA	MES	AÑO		

Manifiesto que en el presente cuestionario médico he declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas, por lo que estoy de acuerdo que cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a la institución de Seguros para rescindir parcialmente la póliza de seguro colectivo de salud que se emita, a través de la cancelación del certificado individual que se expida respecto del declarante y sus dependientes. Así mismo autorizo a los proveedores e instituciones médicas que hubieren atendido o atiendan tanto al suscrito como a mis dependientes, para que proporcionen a la institución de Seguros, o a quien ésta designe los documentos e informes referentes a nuestra salud, revelando en consecuencia a dichos proveedores e instituciones médicas de toda responsabilidad relacionada con el secreto profesional. Igualmente autorizo a las Compañías de Seguros a las que he solicitado análisis para que proporcionen la información de su conocimiento.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR