



**BLUECARD ECUADOR S.A.
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE FINANCIAMIENTO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE
SALUD PREPAGADA**

**BLUE ASSIST VIAJERO INDIVIDUAL
MODALIDAD MIXTA**

Celebran el presente Contrato de prestación de servicios de financiamiento de atención integral de salud prepagada BlueAssit Asistencia Médica en Viajes, por una parte, la compañía BLUECARD ECUADOR S.A, legalmente representada por su Gerente General y por otra parte el CONTRATANTE (TITULAR Y/O BENEFICIARIO), cuya identificación se detalla a final de este instrumento.

1. PRIMERA: ANTECEDENTES

- BLUECARD S.A es una compañía, constituida al amparo de las leyes de la república del Ecuador, cuyo objeto es el financiamiento de salud prepagada.
- El Contratante (TITULAR Y/O BENEFICIARIO) es una persona natural interesada en contratar los servicios de BLUECARD, quien manifiesta estar de acuerdo con las condiciones que se estipulan en este instrumento.
- Las partes celebran el presente contrato de financiamiento de salud integral prepagada - BlueAssit asistencia médica en viajes, por así convenir a sus intereses y manifiestan su completo acuerdo con las estipulaciones del mismo.

2. SEGUNDA: NATURALEZA Y OBJETO

El presente instrumento es un contrato de financiamiento de salud integral prepagada, mediante el cual BLUECARD se obliga a prestar al Titular y/o Beneficiario, en cualquier lugar del mundo, salvo en el país de residencia permanente o habitual del mismo, los servicios de financiamiento de salud prepagada o beneficios de salud prepagada (beneficios) descritos más adelante, conforme con los procedimientos y condiciones que también se indican, según el plan contratado y hasta los límites establecidos en tabla de beneficios y condiciones particulares que forman parte integrante del presente contrato; esto, por cuanto su naturaleza es brindar cobertura médica en viajes.

El Titular y/o Beneficiario declaran someterse a los términos, condiciones y limitaciones que constan en estas condiciones generales, en las condiciones particulares del presente.

Es claramente entendido y aceptado por el Titular y/o Beneficiario que los planes de BLUECARD S.A., no constituyen bajo ningún motivo un programa de seguridad social o servicio médico ilimitado. Los servicios de financiamiento de salud prepagada ofrecidos por BLUECARD S.A. se brindarán, conforme lo establecido en el presente contrato, cuando sean necesarios en un viaje y se deriven de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, según las definiciones de las presentes condiciones generales, y no se encuentren como exclusiones.

Asimismo, BLUECARD podrá ofertar al cliente cualquier beneficio adicional, dentro de su portafolio, mismo que podrá aumentar el valor del producto, hecho que será informado y aplicará únicamente mediante aceptación expresa del usuario.



3. TERCERA: MODALIDAD

El servicio de financiamiento de salud prepagada y los beneficios contenidos en el presente contrato se brinda en modalidad mixta, según la cual se podrán recibir en prestadores de servicios de salud que formen parte de la red de BLUECARD o en prestadores a elección del TITULAR y/o BENEFICIARIO, de conformidad con la Tabla de Beneficios.

4. CUARTA: DEFINICIONES

El uso de los siguientes términos dentro del presente contrato tiene el significado previsto en esta cláusula, de manera que se entenderán e interpretarán de conformidad con las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Suceso imprevisto, traumático, causado por factores externos y repentinos, que produzca una lesión orgánica o un daño funcional, permanente o temporal, que deba ser atendido dentro de las primeras 24 horas de ocurrencia. No se considerarán como Accidente las complicaciones derivadas de un tratamiento o procedimiento médico.
- b. **Asistencia hospitalaria:** Servicios hospitalarios necesarios para el tratamiento y recuperación del Titular y/o Beneficiario que incluye suministros, medicinas, el uso de equipos e instalaciones médicas, así como todos los procedimientos, tratamientos y servicios médicos ordenados por un facultativo legalmente autorizado para ejercer la medicina, incluyendo la unidad de cuidados intensivos.
- c. **Asistencia ambulatoria:** Atención médica que no requiere hospitalización, proporcionada por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina, a consecuencia de accidente o enfermedad determinada mediante diagnóstico médico.
- d. **Asistencia médica y hospitalaria:** Servicios proporcionados, en caso de enfermedad o accidente, en los cuales BLUECARD brindará la atención solicitada remitiendo a un prestador de servicios autorizado al lugar en que se encuentre el Titular y/o Beneficiario o lo autorizará a concurrir y/o de ser necesario, internarse en el Centro de Salud de su Red de Proveedores más cercano al lugar donde se encuentre en dicho momento o en cualquier otro, según lo determine la Central de Asistencias.
- e. **Atención Integral:** Atención de salud para la resolución de los problemas de salud de los beneficiarios.
- f. **Auditoría médica:** Análisis crítico y sistemático de la calidad de atención médica, incluyendo los procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento, uso de los recursos, el desenlace resultante y calidad de vida de las personas, así como la verificación de los costos generados por los servicios solicitados.
- g. **Beneficiario:** Persona designada en el contrato o póliza, quien gozará del financiamiento de atención integral de medicina prepagada, según lo establecido en las condiciones de este contrato.



- h. Beneficios:** Son los servicios proporcionados por BLUECARD, hasta el monto máximo establecido de acuerdo con el plan de contratado, sin importar el total de eventos que se produzcan, conforme a lo previsto en el presente contrato.
- i. Beneficios adicionales:** Son servicios complementarios a los planes de medicina prepagada por los cuales el beneficiario recibirá una cobertura determinada contractualmente, por lo que se pagará una prima o cuota según corresponda.
- j. Central de asistencias:** Central de comunicaciones y servicios, a través de la cual se canaliza la coordinación de los servicios, la misma que opera las veinte y cuatro (24) horas, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.

A continuación, se detalla los números de teléfono:

Ecuador:	1800 BLUECARD (258-322)
USA Canadá:	1800 504 0027
Ecuador:	(+) 593-2-3814-790
España:	900-946-683
Europa:	(+) 34-900-649-683
	<i>* No aplica para España</i>
Todo el Mundo:	(+) 1-305-644-8435
WhatsApp	095-987-5273
	<i>*marcar opción 1 (Asistencia médica)</i>

- k. Compañías de salud prepagada:** Son sociedades anónimas constituidas en Ecuador, cuyo objeto social único está referido al financiamiento de los servicios de atención integral de salud prepagada, asumiendo los costos de los servicios de salud y prestaciones sanitarias contractualmente estipulados.
- l. Condiciones particulares:** Cláusulas que forman parte integrante de este contrato y que recogen aquellos aspectos que aplican en particular a una determinada modalidad o plan de contratación.
- m. Contrato:** es el acuerdo escrito que existe entre BLUECARD y el Titular, el cual está compuesto, de forma inseparable, por beneficios, exclusiones, y Tabla de Beneficios, que son parte integrante del mismo, puesto que para su emisión el Titular y/o Beneficiario proporciona la información personal solicitada por la compañía, en forma completa y veraz, así como la de los Beneficiarios designados en caso de haberlos, previa la realización del correspondiente pago que genera un número de contrato que permite acceder, dentro de los términos y condiciones estipulados, con las limitaciones y exclusiones aplicables, a todos los beneficios que comprende el servicio de salud prepagada que brinda BLUECARD, de acuerdo al plan que haya sido contratado.
- n. Diagnóstico:** Es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece. El diagnóstico debe estar identificado conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente en el país.



- o. Deporte de alto riesgo:** Son aquellas actividades físicas o disciplinas deportivas que además de ser muy exigentes, se realizan bajo circunstancias especiales que pueden tener el peligro implícito en la práctica y que además son difíciles de realizar.
- p. Emergencia médica:** Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, corresponde a Triage 1 y 2 en la Escala de Manchester.
- q. Enfermedad:** Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible
- r. Enfermedad o condición preexistente o preexistencia:** Cualquier enfermedad, patología o condición de salud, que ya sido conocida por el usuario, beneficiario, afiliado o dependiente y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación del beneficiario.
- s. Enfermedad aguda:** Enfermedad de apareamiento súbito, con un inicio y fin claramente definidos y de corta duración que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del estado corporal
- t. Enfermedad catastrófica:** Es aquella que cumple con las siguientes características: a) que implique un alto riesgo para la vida de la persona; b) Que sea una enfermedad crónica y, por lo tanto, que su atención no sea emergente; y, c) Que por ser de carácter prolongado o permanente su tratamiento pueda ser programado y que sea considerada como catastrófica por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- u. Enfermedad crónica:** Enfermedad de larga duración y progresión lenta que haya aparecido de manera previa a la contratación del plan.
- v. Enfermedades degenerativas:** Las enfermedades degenerativas son aquellas que, por su naturaleza, son crónicas. Van a tender a evolucionar de forma negativa con la edad del paciente, y van a conllevar que la funcionalidad y estructura del organismo se vaya deteriorando.
- w. Enfermedad recurrente:** Condición que vuelve a aparecer, luego de haber sido tratada. En periodos de tres (3) o más episodios durante un año calendario.
- x. Enfermedades raras:** Las enfermedades de baja prevalencia o raras, como indica su nombre se presentan con baja frecuencia en la población (1 por cada 10.000 habitantes) pueden ser de alta complejidad, difícil diagnóstico, crónica e incapacitantes, serán definidas por la Autoridad Sanitaria Nacional.
- y. Enfermedad sobreviniente:** Enfermedad que se produzca luego de la contratación del servicio de salud prepagada, establecido en este Contrato.



- z. Equipo profesional médico:** Médico tratante o en general, el personal médico que integra la Red de Proveedores con la que cuenta BLUECARD, para la prestación de los servicios médicos.
- aa. Establecimientos de salud:** Son aquellos que están destinados para brindar prestaciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y atención sanitaria en situaciones de emergencia/urgencia en forma ambulatoria, en el sitio de ocurrencia, domiciliaria o internamiento. Son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad, pudiendo ser fijos o móviles. Para brindar estas prestaciones, los establecimientos de salud deberán contar con los permisos y habilitantes emitidos por la Autoridad competente y conforme a la normativa vigente.
- bb. Exclusión:** Son aquellas prestaciones sanitarias, condiciones de salud y demás eventos que se encuentran expresamente no amparados de acuerdo con el contrato.
- cc. Financiamiento:** Es el valor económico que se cubre respecto del valor total incurrido luego de aplicar el deducible y las condiciones estipuladas en el contrato de acuerdo a los montos y límites establecidos.
- dd. Guía de práctica clínica:** es el conjunto de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, desarrolladas de forma sistemática, para ayudar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones en salud o una condición clínica específica. Estas guías deberán estar debidamente publicadas y oficializadas por la autoridad sanitaria nacional en caso de ser guías nacionales o por organismos internacionales.
- ee. Límite de edad:** Es la edad máxima y/o mínima que debe tener el Titular y/o Beneficiario al momento de la emisión del contrato. Sin perjuicio de ello, algunos productos podrán tener condiciones especiales que constarán detalladas en el plan contratado.
- ff. Modalidades:** Son las formas de agrupación de prestadores de salud previstas en la Ley, en virtud de la cual se ofrecen prestaciones sanitarias o cobertura de prestaciones sanitarias. Éstas pueden ser: abiertas, cerradas o mixtas.
- gg. Período de carencia:** Tiempo dentro del cual el Titular y/o Beneficiario del contrato no tienen derecho a recibir los servicios del plan contratado.
- hh. Persona con discapacidad:** Aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiere generado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional y que tenga vigente su certificado o documento que acredite la calificación de la discapacidad.
- ii. Pertinencia médica:** Es la correlación entre el diagnóstico determinado por un profesional de la salud debidamente acreditado y el tratamiento que éste ha indicado para el efecto, conforme a la medicina basada en la evidencia.



- jj. Plan:** Detalle y alcance de los servicios de salud prepagada en viaje que el Titular y/o Beneficiario ha contratado, prepagando una tarifa determinada.
- kk. Prestador de servicios:** Integrantes directos o indirectos de la red de proveedores que tiene BLUECARD, quienes asumen la responsabilidad ulterior y se encargan de la prestación de los servicios al Titular y/o Beneficiario. Estas personas naturales o jurídicas serán libremente seleccionadas por BLUECARD de acuerdo a las necesidades de cada caso, en los términos, condiciones y limitaciones previstos en el presente contrato.
- ll. Protocolos clínicos y administrativos:** Son instrumentos técnicos que describen la secuencia de acciones o procedimientos operativos al paciente o de gestión administrativa determinados.
- mm. Red de proveedores:** Personas naturales o jurídicas que tienen un acuerdo con BLUECARD para brindar servicios de salud al Titular y/o Beneficiario del contrato.
- nn. Reembolso:** Reintegro de los gastos en los que haya incurrido el Titular y/o Beneficiario durante su permanencia en el exterior, hasta por los valores máximos establecidos en el plan contratado. Dichos gastos deben haber sido autorizados por la Central de Asistencias de BLUECARD, para lo cual se aplicará el tarifario Mc Graw Hill, o los costos acordados con los prestadores a nivel internacional.
- oo. Residencia habitual o permanente:** Lugar donde el Titular y/o Beneficiario reside por más de ciento ochenta (180) días continuos, mientras este contrato esté en vigor.
- Cabe recalcar que el Titular y/o Beneficiario que adquiera el Plan Estudiantil (Plan de Larga Estancia), no será considerado Residente, por los motivos detallados:
- Tener una visa especial por ser estudiante
 - No generar actividad económica
 - No pagar impuestos en el País de destino.
- pp. Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- qq. Servicio de asistencia en viajes:** Prestaciones de gestión y económicas que BLUECARD asumirá a favor del Titular y/o Beneficiario, en los términos y condiciones establecidos, y con los límites que se describen en el plan de contratado.
- rr. Servicios de salud:** Función organizada para la atención de salud dentro o fuera de los establecimientos de salud, de cualquier nivel de complejidad y de naturaleza pública o privada.
- ss. Tarifario:** Es el instrumento técnico que permite establecer el monto de pago máximo para cada uno de los procedimientos médicos realizados en la atención de salud. Este instrumento permite calcular el valor económico financiado aplicado un factor de conversión al Nivel de producto y de acuerdo al Prestador.



- tt. Tablas de coberturas:** Documento que indica la cobertura, beneficios, límites máximos y sublímites que la compañía otorga a los usuarios, conforme las condiciones contratadas.
- uu. Titular y/o Beneficiario:** La persona, beneficiario y/o dependientes elegibles y/o personal corporativo autorizados para recibir los servicios de salud prepagada que proporciona BLUECARD y que se encuentran debidamente registrados en el contrato, de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y procedimientos establecidos en este contrato.
- vv. Terapia:** Son procedimientos de apoyo terapéutico prescritos para mejorar el estado de salud, causado por una enfermedad diagnosticada por un profesional de la salud habilitado.
- ww. Tránsito:** Es la acción por medio del cual una persona se traslada de un lugar a otro. En el caso de este contrato, el tránsito se cuenta desde el momento en el que la persona abandona su país de residencia.
- xx. Urgencia médica:** Es todo estado patológico de rápida instauración y condiciones de salud o patologías derivadas de circunstancias imprevistas o inevitables que no ponen en riesgo inmediato la vida del paciente, pero que generan la necesidad imperiosa de recibir atención de salud. También puede ser conocida como consulta de emergencia. Corresponde a Triage 3 y 4 en la Escala de Manchester.
- yy. Viaje:** Salida o traslado que realiza el Titular y/o Beneficiario fuera de su país de residencia permanente o habitual, hasta su posterior regreso al mismo, durante el período de vigencia de este contrato. El Titular y/o Beneficiario no tendrá derecho a recibir los servicios de salud prepagada proporcionados por BLUECARD mientras se encuentre en su país de residencia permanente o habitual. El concepto de viaje incluye el tiempo de estadía del Titular y/o Beneficiario fuera del país de su residencia permanente o habitual hasta su retorno al mismo; por lo que la cobertura es temporal y entra en vigor desde que el usuario este en tránsito.
- zz. Vigencia del contrato:** tiempo determinado en el cual BLUECARD prestará los servicios de salud prepagada al Titular y/o Beneficiario, siempre y cuando éste se encuentre fuera del país de su residencia permanente o habitual. Los servicios se entenderán vigentes a partir de la hora y el día de inicio de viaje desde el lugar de residencia habitual o permanente del Titular y/o Beneficiario, hasta las 23:59 horas día del fin del viaje, de acuerdo a la zona horaria del lugar donde se encuentra el Titular y/o Beneficiario en dicho momento.

5. QUINTA: BENEFICIOS DE SALUD PREPAGADA – DETALLE DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS CUBIERTAS

Las prestaciones sanitarias que serán cubiertas a favor del usuario sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas desde que el usuario esté en tránsito, excepto en casos de emergencia, inclusive en casos de preexistencias, los beneficios serán brindados, según la pertinencia médica y guías de práctica clínica y conforme lo establecido en la Tabla de Beneficios anexa a este Contrato. BlueCard brindará el servicio de salud prepagada con el objeto de que el Titular y/o Beneficiario pueda continuar con su viaje o en su defecto determinar si debe retornar al país de su residencia



permanente o habitual para recibir en él, con cargo a su cobertura médica, sea pública o privada, o a su propio costo el tratamiento apropiado para su condición de salud. El titular del contrato podrá elegir una o varias de las coberturas que se describen a continuación:

5.1. BENEFICIOS MÉDICOS

5.1.1. Atención ambulatoria.- Atención ambulatoria profesional en medicina general y en las diversas especialidades y sub -especialidades practicadas en los diferentes establecimientos de salud y en los domicilios cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo; que incluya diálisis y hemodiálisis entre otras atenciones, todas las derivaciones e interconsultas, insumos médicos, quirúrgicos y medicamentos que la detección, diagnóstico, tratamiento rehabilitación, cuidados paliativos y de largo plazo demanden para la atención integral de salud del paciente.

5.1.2. Atención prehospitalaria. - Atención prehospitalaria que incluya transporte terrestre, aéreo o fluvial, legalmente autorizado, al que se pueda acceder dentro o fuera del país, de acuerdo con el plan contratado.

5.1.3. Atención hospitalaria- Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atiende al paciente. Esta cobertura incluirá transporte, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, cuidados paliativos y honorarios profesionales.

5.1.4. Atención emergencia y urgencia. - Atención en casos de urgencia y emergencia médicas, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios.

5.1.5. Enfermedades Preexistentes. - Las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes debidamente declaradas recibirán el financiamiento por un monto anual establecido en la Tabla de Beneficios, acordada libre y voluntariamente por las partes, siempre y cuando haya sido declarada debida y oportunamente en la Declaración de Salud, y luego de transcurrido el período de Carencia de veinte y cuatro (24) meses contados desde la suscripción de este Contrato o incorporación del Beneficiario.

El monto anual indicado se aplicará para todas las enfermedades consideradas como preexistentes declaradas por el Titular/Beneficiario, es decir, no corresponde a un monto anual para cada una de ellas.

El Titular/Beneficiario, al momento de la celebración de este instrumento, se obliga a declarar expresamente las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes, suyas y de todos los Beneficiarios, conforme al formulario de Declaración de Salud del presente Contrato. En el caso de que el Titular y/o los Beneficiarios no declararen las enfermedades, patologías o condiciones de salud preexistentes no tendrá el financiamiento previsto en esta Cláusula.

5.1.6. Cobertura para personas con discapacidad. - Las enfermedades, patologías o condiciones de salud provenientes de una discapacidad amparadas en una acreditación del 30% de acuerdo con la Ley de discapacidades recibirán el financiamiento por un monto



anual de hasta veinte (20) salarios básicos unificados según la Tabla de Beneficios aplicable, luego de que se supere el período de carencia de 3 meses establecido en la Cláusula Séptima de este Contrato.

Deberá presentar el certificado o documento vigente que acredite la calificación de la discapacidad, emitido por la autoridad competente al momento de la suscripción del Contrato o inclusión del beneficiario.

5.1.7. Atención de enfermedades psiquiátricas de base orgánica, determinadas por la Autoridad Sanitaria Nacional, de conformidad con el plan contratado.

5.2. OTRAS COBERTURAS:

5.2.1. Gastos para la atención del dolor por urgencia o trauma odontológico. - En caso de que el usuario, necesitare atención odontológica urgente, por trauma y/o infección, a causa de accidente, se brindará la cobertura únicamente para la atención de la urgencia, conforme los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Anexa al presente contrato. Se atenderá únicamente la emergencia dental hasta la estabilización del dolor, determinación diagnóstica, control de inflamación y/o infección, medicamentos y exámenes pertinentes solamente por accidente ocurrido en la vigencia de la póliza. Queda convenido que tratamientos posteriores a la urgencia odontológica se encuentran expresamente excluidos en el presente contrato.

BLUECARD coordinará la atención y/o reembolsará al usuario los gastos en los que hubiese incurrido, hasta el monto máximo establecido según el plan contratado.

5.2.2. Repatriación del herido o enfermo por recomendación médica. - En caso de urgencia médica, una vez que BLUECARD haya sido notificada, en el plazo de hasta veinte y cuatro horas del acontecimiento, coordinará la asistencia, del traslado del usuario herido o enfermo a su país de residencia permanente o habitual para recibir con cargo a su cobertura médica, sea pública o privada, o a su propio costo el tratamiento apropiado para su condición de salud. La notificación referida se deberá realizar en el plazo de hasta veinte y cuatro horas desde que haya sucedido la señalada urgencia.

Se procederá únicamente previa autorización de BLUECARD, en los términos y condiciones, y por el medio de transporte determinado por la Central de Asistencias. BLUECARD se reserva el derecho para evaluar directamente la gravedad de la situación y la procedencia o la urgencia del traslado del usuario, e instruir respecto del medio de transporte idóneo para hacerlo, sea este avión de línea aérea convencional o ambulancia aérea. Si el usuario o sus acompañantes deciden proceder de otra forma, prescindiendo de la opinión directa de BLUECARD y desatendiendo las instrucciones impartidas por ella a través de la Central de Asistencias, será por responsabilidad directa del usuario, entendiéndose esto como la renuncia a presentar cualquier reclamo en ese sentido contra BLUECARD.

Este beneficio será cubierto hasta el monto máximo establecido según el plan contratado.

5.2.3. Traslado de restos mortales, repatriación sanitaria.- En caso de fallecimiento del



usuario a consecuencia de un accidente o enfermedad, no expresamente excluidos en este contrato, según el plan contratado, durante el transcurso del viaje; BLUECARD tramitará la documentación necesaria, coordinará y asumirá el costo del traslado de sus restos mortales, incluida su repatriación sanitaria o cremación, si así lo dispusiere la legislación vigente del país donde se produjo el deceso, al país de residencia permanente o habitual del usuario y en el puerto de desembarque que BLUECARD considere más conveniente. BLUECARD determinará los prestatarios de servicios idóneos y el medio de transporte que se utilizará para el traslado. De este beneficio se excluyen la coordinación y el costo tanto de servicios religiosos como de ataúdes especiales, así como el valor de otros gastos directos e indirectos que deban ser solventados para el efecto. BLUECARD se reserva el derecho de administrar el proceso de repatriación en forma exclusiva, de manera tal que la intervención de cualquier familiar sin la autorización de la Central de Asistencias de BLUECARD causará la pérdida de este beneficio.

Este beneficio será cubierto hasta el monto máximo establecido según el plan de contratado.

5.2.4. Gastos por accidente en práctica deportiva recreativa. - BLUECARD asumirá los gastos médicos por accidente causados por la práctica de actividades deportivas recreativas, del usuario hasta el monto máximo establecido en el plan contratado por este concepto, siempre y cuando sean realizadas exclusivamente de forma recreacional, en ámbitos propiamente adecuados y nunca bajo el modo de competencia que forme parte de una asociación, liga, federación, o similares y no sean deportes de alto riesgo.

5.2.5. Atención de emergencia vital en caso de preexistencias. - La atención de urgencia y emergencia médica en caso de preexistencias se realizará dentro de la red de prestadores de BLUECARD o vía reembolso, de conformidad al producto contratado, y luego de que se aplique la auditoría documental y de pertinencia médica sobre el evento ocurrido, siempre y cuando esta haya sido declarada al momento de la suscripción del contrato. El monto de cobertura será hasta el monto contratado de acuerdo con la Tabla de Beneficios.

La cobertura de urgencia y emergencia médica se limitará al uso de la sala de emergencia hasta la estabilización del paciente en caso de Triage 1 y 2 en la escala de Manchester, para una urgencia Triage Tipo 3 que requiera observación menor a 24 horas recibirá cobertura como consulta de emergencia.

5.2.6. Aparatos ortopédicos, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas o artificiales. – Cobertura aplica siempre y cuando sean parte del tratamiento de un diagnóstico cubierto de acuerdo con lo detallado en la tabla de beneficios.

5.2.7. Cobertura de prótesis funcional no dental. - siempre que su utilización se encuentre justificada y no sea para condiciones preexistentes, como cualquier incapacidad, de acuerdo con lo detallado en la Tabla de Beneficios.

5.2.8. Gastos psicológicos y psiquiátricos de base orgánica. - debidamente diagnosticados de acuerdo con lo detallado en la tabla de beneficios.

5.2.9. Enfermedades de transmisión sexual. – siempre y cuando no sean condiciones preexistentes, de acuerdo con lo detallado en la tabla de beneficios.



6. SEXTA: CLÁUSULAS CONTRACTUALES OBLIGATORIAS

6.1. Atención de urgencias y emergencias médicas. – Se cubrirá el financiamiento para la atención de urgencias o emergencias tanto por accidente como por enfermedad, así como el procedimiento de emergencia ambulatorio, hospitalario o médico quirúrgico, incluyendo todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios. La cobertura deberá otorgarse en cualquier establecimiento de salud al momento del requerimiento. Si el usuario/afiliado no está en la capacidad de trasladarse a dicho establecimiento, podrá solicitar la presencia de un servicio de atención de Emergencias.

La cobertura de urgencia y emergencia médica se limitará al uso de la sala de emergencia hasta la estabilización del paciente en caso de Triage 1 y 2 en la escala de Manchester, para una urgencia Triage Tipo 3 que requiera observación menor a 24 horas recibirá cobertura como consulta de emergencia.

6.2. Atención de enfermedades crónicas y catastróficas sobrevinientes a la contratación.- BLUECARD cubrirá, dentro de los montos establecidos en la Tabla de Beneficios, referentes a la atención hospitalaria u ambulatoria, y conforme las demás condiciones y estipulaciones de este contrato y según el plan contratado, las enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la celebración del a contratación, su apareamiento posterior no ocasionará incrementos adicionales al precio durante la vigencia del Contrato, ni tampoco se negará la renovación del Contrato por este hecho. Alimentación enteral, parenteral y complementos alimenticios prescritos; y, tratamiento de patologías aplicables, de acuerdo con las guías de práctica clínica o en su ausencia, el uso de la medicina basada en evidencia o protocolos internacionales.

6.3. Tarifa cero: Los usuarios recibirán, con cargo al precio contratado, prestaciones de Prevención Primaria, que se desarrollan durante la atención en la consulta médica cubierta y demandada por el Usuario, conforme lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00139-2023, según rango de edad del viajero y atención recibida. Esta cobertura aplica dentro y fuera de la red vía reembolso con aplicación de deducible acorde al plan contratado.

6.4. Otras que determine la autoridad sanitaria nacional

7. SÉPTIMA: CARENCIAS

Enfermedades Preexistentes Declaradas. - Para las prestaciones sanitarias concernientes a Enfermedades Preexistentes el período de carencia es de veinticuatro (24) meses, desde el que inicia su tránsito; esto aplicará cuando el contrato tenga una duración mayor a 2 años.

Discapacidades. – Las atenciones para discapacidades, tendrán un período de carencia de tres meses, desde que el usuario inicia su tránsito, conforme los montos establecidos en la Tabla de Beneficios; esto aplicará cuando el contrato tenga una duración mayor a 3 meses.

Emergencias y urgencias: La atención de emergencias y urgencias no existirá periodos de carencia.

Atención hospitalaria. - Para la atención ambulatoria no existirá periodos de carencia.

Atención ambulatoria. - Para la atención ambulatoria no existirá periodos de carencia.



Atención médica para contratos suscritos iniciados su tránsito: Para aquellos contratos que sean suscritos e iniciados mientras el titular y/o beneficiario esté en tránsito, se determina un periodo de carencia de 24 horas una vez que el contrato haya sido activado, según lo indicado en la cláusula de Requisitos de Cobertura.

8. OCTAVA: EXCLUSIONES

En ningún caso este contrato de salud prepagada cubre los beneficios médicos, cuando se trate de:

- a. Procedimientos médicos electivos.
- b. Efectuarse chequeos médicos de rutina, salvo las atenciones de tarifa cero, ni chequeos que no hayan sido previamente autorizados por la Central de Asistencias.
- c. Eventos causados por impericia, negligencia o mala práctica de todos los profesionales, establecimientos y personas que presten servicios de asistencia a BLUECARD bajo la modalidad abierta, según corresponda en el caso o evento requerido.
- d. Un viaje con el objeto o finalidad de iniciar, recibir, continuar o finalizar un tratamiento médico, así como toda atención relacionada con segunda opinión médica.
- e. Tratamientos cosméticos, cirugía estética y/o reconstrucción con excepción de la cirugía funcional a causa de un accidente.
- f. Enfermedades recurrentes, así como sus agudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones. En tales casos BLUECARD asistirá únicamente a través de la urgencia o emergencia médica cuando la misma implique atención vital, que represente un riesgo inminente para la vida del usuario y solamente hasta la estabilización de sus signos vitales y hasta el monto máximo establecido en Atención inicial de emergencia vital según el plan contratado y Tabla de Beneficios.
- g. Medicina nutracéutica, aromaterapia; curas termales, podología, o tratamientos considerados experimentales o investigativos.
- h. Cualquiera que fuera su uso en la atención ambulatoria u hospitalaria de: alérgenos, neurolépticos medicamentos alternativos que la enfermedad no obligue su utilización o sin prescripción médica, medicamentos sin registro sanitario y otros similares.
- i. Tratamientos hechos por especialistas que no pertenezcan a la Red de Proveedores sin previa autorización de la Central de Asistencias de BLUECARD, conforme se lo define en el presente contrato. Asimismo, tratamientos médicos o farmacéuticos que, habiéndose iniciado con anterioridad al viaje registrado en el contrato, produzcan consecuencias durante el mismo.
- j. Eventos ocasionados por la manipulación o uso de químicos o productos nocivos para la salud, así como también efectos producidos por exposición a altos niveles de radiación de cualquier tipo.
- k. Diagnósticos, seguimientos, exámenes, complicaciones y tratamientos de todo tipo en caso de embarazo o interrupción voluntaria e involuntaria del mismo.
- l. Tratamientos relacionados a la alopecia, fertilización, inseminación artificial, impotencia y disfunción eréctil, así como contratación de servicios de almacenamiento de cordón umbilical, su sangre y/o componentes, cualquier crio preservación (óvulos).
- m. Chequeos médicos y toda clase de tratamientos que se prolonguen más allá de lo expresamente establecido en el presente contrato y Tabla de Beneficios.
- n. Tratamientos relacionados con la hormonoterapia de cualquier tipo.
- o. Incidentes o eventos producidos durante viajes realizados en contra de la recomendación o prescripción del médico tratante, del equipo profesional médico o de la Central de Asistencias.
- p. Tratamientos de odontología general, endodoncia, exodoncia, enfermedad periodontal, ortodoncia, fisioterapia dental, rehabilitación oral, terceros molares en cualquier circunstancia. Se atenderá únicamente la emergencia dental hasta la estabilización del dolor, determinación



- diagnóstica, control de inflamación y/o infección, medicamentos y exámenes pertinentes solamente por accidente ocurrido en la vigencia de la póliza.
- q. Tratamientos de otorrinolaringología por enfermedades crónicas, ni en caso de cirugía estética, ni cirugía funcional no emergente.
 - r. Tratamientos de oftalmología por enfermedades crónicas, ni cirugía de Excímer láser, pterigión, blefaroplastias, cirugía de estrabismo, presbicia, queratocono, ambliopía, compra de lentes correctivos, lentes de sol, tratamientos de conducto lácrimo-nasal, biopsias ni exéresis de lesiones palpebrales antiguas. Tampoco se prestará el servicio cuando se trate de servicios de atención médica de control oftalmológico, así hayan sido prescritos por el médico tratante para la evaluación del seguimiento de una enfermedad diagnosticada durante el viaje y/o aquellas que tengan por objeto la reposición de medicamentos, lentes, lentes de contacto, por pérdida, robo u olvido de los mismos. En caso de que el usuario haya sufrido un accidente y éste haya provocado un daño visual en sus ojos, se brindará el servicio hasta el límite establecido en el plan contratado, y en caso de requerir un tratamiento posterior éste será por cuenta del usuario.
 - s. Terapia láser en problemas dermatológicos.
 - t. Exámenes rutinarios de los oídos, así como la compra o alquiler de audífonos.
 - u. Enfermedades, complicaciones y patologías que hubieran sido declaradas epidemias o pandemias por el ente de control y toda enfermedad endémica, cuando el usuario no haya tomado las medidas preventivas.
 - v. Trasplante de órganos y tejidos.
 - w. Se excluye insumos utilizados en intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos ortopédicos que requieran la implantación o reparación de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas o artificiales como cabestrillos, sillas de ruedas, muletas, rodilleras férulas, prótesis de cadera, rodilla y plastias ligamentarias sin que esta enumeración tenga carácter exclusivo o el alquiler y/o adquisición de elementos afines a las mismas.
 - x. Aparatos ortopédicos, bastón, andador y órtesis, plantillas, suspensorios, cabestrillo, zapatos ortopédicos, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física; así también, costos de adaptación de vehículos, cuartos de baño y residencias.
 - y. Tratamientos como consecuencia de entrenamientos, práctica o participación en competencias deportivas (profesional y no profesional), de deportes peligrosos extremos o de alto riesgo. En estos casos BLUECARD no está obligado a brindar el servicio por accidentes o enfermedades derivadas de estas prácticas, salvo que el plan contratado incluya este beneficio, y en las condiciones particulares se especifique claramente los beneficios amparados sobre esta exclusión.
 - z. Accidentes ocurridos en vuelos ilegales o sin licencia, así como el hecho de ser parte de la tripulación salvo que el plan contratado lo permita.
 - aa. Accidentes o enfermedades relacionadas con la participación del usuario, en manejos de armas de fuego, actividades de entrenamiento físico y toda aquella actividad que se considere de alto riesgo como parte de cuerpos armados, de policía o bomberos.
 - bb. Afecciones o lesiones consecuentes a la exposición al sol, manchas en la piel, lunares, lesiones cutáneas preexistentes o agudas relacionadas con cambios climáticos.
 - cc. Robos o agresiones propiciadas por el usuario.
 - dd. Accidentes o enfermedades ocasionados por eventos o desastres derivados de la naturaleza y sus consecuencias, tales como: tsunamis, temblores, terremotos, sismos, tormentas, huracanes, ciclones, inundaciones, tempestades, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural con carácter extraordinario.
 - ee. Eventos suscitados como consecuencia de actos de guerra internacional o guerra civil, declaradas o no, rebelión, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, insurrección, invasión del enemigo extranjero, actos de sabotaje o



terrorismo, alteración del orden público, asonada, embargo, motín, huelga, movimientos populares y actos de autoridad, así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación, Cuando eventos de esta naturaleza interviniesen y una vez superados los mismos, BLUECARD se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo que fuere posible.

- ff.** Gastos presentados a BLUECARD para su reintegro pasados los 180 días de ocurrido el hecho.
- gg.** Tratamientos como consecuencia de entrenamientos, práctica o participación en competencias deportivas de cualquier tipo (profesional y no profesional). En estos casos BLUECARD no está obligado a brindar el servicio por accidentes o enfermedades derivadas de estas prácticas, salvo que se pague la tarifa adicional correspondiente y se contrate el producto especificando en sus condiciones particulares los beneficios amparados sobre esta exclusión.
- hh.** Lesiones o afecciones causadas directa o indirectamente por la práctica de deportes catalogados como extremos, o de alta peligrosidad según las definiciones del presente contrato, por ejemplo, automovilismo, motociclismo, boxeo, buceo, aladeltismo, parapente, jet-sky, sky acuático, trekking, rafting, alpinismo, paracaidismo, bungee jumping, aviación, triatlón, rugby, hockey sobre césped y hielo, hockey sobre patines, patinaje artístico sobre pista o sobre hielo, competencias aeróbicas y/o deportivas de todo tipo, tanto profesionales como amateur, deportes invernales, uso de trineos o medios de deslizamiento afines, carreras de caballos, de bicicletas, cualquier clase de carrera de automóvil de exhibiciones, acrobacia, sin que la enumeración tenga carácter exclusivo.
- ii.** Cualquier enfermedad, patología o condición de salud preexistente del Afiliado/Beneficiario, que haya sido diagnosticada medicamente con anterioridad a la suscripción de este contrato o a la inclusión del Beneficiario y que no hayan sido declaradas en la suscripción del presente contrato o en la inclusión del Beneficiario, así como las complicaciones y secuelas posteriores que se deriven de estas.
- jj.** Transportes que no sean prestados por servicio de ambulancia terrestre, fluvial y aérea debida y legalmente autorizados como tales.
- kk.** Cualquiera que fuera su uso en la atención ambulatoria u hospitalaria de estimulantes del apetito, anoréxicos, jabones, filtros solares, shampoo, vitaminas.
- ll.** Vacunas en general y sus complicaciones.
- mm.** Consulta y tratamientos dermatológicos relacionados con aspectos cosmetológicos, incluidas todas las formas de acné.
- nn.** Consulta y tratamiento de enfermedades mentales, nerviosas y/o estrés. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínica de reposo o clínica de ancianos y otros similares.
- oo.** Consultas, exámenes, tratamientos ambulatorios y hospitalarios relacionados con delgadez, obesidad, sobrepeso, talla corta, retardo de crecimientos, enanismo. Salvo en caso de que el Titular / Beneficiario tengan un diagnóstico definitivo de malnutrición.
- pp.** Servicios, prestaciones, procedimientos de diagnóstico y tratamientos que no cuenten con evidencia científica internacional suficiente o medicina basada en evidencia.
- qq.** Gastos por servicios médicos prestados, no inherentes a, o no necesarios para el diagnóstico de una enfermedad, de acuerdo con la Guía Práctica Clínica.
- rr.** Las consultas y tratamientos psiquiátricos o psicológicos de carácter no orgánico, cuidado o períodos de cuarenta o aislamiento, curas de reposo.
- ss.** Enfermedades que no causen incapacidad funcional tales como hiperhidrosis y/o similares.
- tt.** Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento de la apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica y cualquier otro trastorno del sueño.



- uu. Tratamientos por condiciones fisiológicas normales, así como menopausia, climaterio, Hiposterogenismo, sin que esta numeración tenga carácter taxativo y/o complicaciones.
- vv. Anticonceptivos temporales y/o permanentes.
- ww. Cualquier enfermedad, patología o condición de salud que sea considerada degenerativas o raras.

9. NOVENA: PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Para todos los planes:

- a) No se puede excluir individual o colectivamente la cobertura de atenciones por condiciones laborales o profesionales. Sin embargo, se pueden ajustar las primas y/o cuotas de acuerdo con el riesgo.
- b) Respecto al consumo de alcohol, drogas y estupefacientes, las únicas exclusiones permitidas son las enfermedades, lesiones, secuelas y complicaciones producto de actos tipificados como faltas a la ley, infracciones, contravenciones y/o delitos.
- c) No se podrá excluir la cobertura para atención de emergencias para condiciones que sean consecuencias de intento de suicidio, producto de enfermedad mental de base orgánica.

10. DÉCIMA: CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES Y/O DE FUERZA MAYOR

BLUECARD está expresamente liberado, exento y excusado de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el Titular y/o usuario sufra alguna enfermedad y/o accidente, o requiera atención a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, tales como: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, huelgas, movimientos populares, actos de sabotaje o terrorismo; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Cuando elementos de esta índole interviniesen y una vez superados los mismos, BLUECARD se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo que fuere posible.

Ninguna de las partes será responsable por cualquier incumplimiento de las obligaciones o en la prestación de los servicios o beneficios estipulados o requeridos bajo este contrato en el caso que tal incumplimiento en el ejercicio de los mismos sea el resultado de una contingencia que esté fuera del razonable control de las partes, sus empleados, oficiales o directores. Tales contingencias incluyen: acciones u omisiones de cualquier persona o entidad que no esté empleada o razonablemente controlada por las partes, sus empleados, oficiales o directores, eventos catastróficos, fuegos, guerras, accidentes, litigios laborales o escaseces, leyes gubernamentales, ordenanzas, reglas, regulaciones, o las sentencias pronunciadas por cualquier Tribunal, ya sean válidas o inválidas y aquellos causados por los eventos de la Naturaleza.

11. DÉCIMA PRIMERA. - CONDICIONES DE COBERTURA

11.1. ELEGIBILIDAD Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Son elegibles como Titular y/o Beneficiario todos aquellos que se enmarquen en la definición Titular y/o Beneficiario dada en las Definiciones. Ser mayores de 18 años (excepto los dependientes) y que contraten el servicio de BLUECARD aun estando dentro de su país de



residencia con la finalidad de realizar un viaje fuera de su país de residencia habitual o permanente.

Podrán ser beneficiarios de un plan de servicios de atención integral de salud prepagada en viajes toda persona, que tenga con el solicitante o el titular, relación laboral, conyugal, de unión de hecho, o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

11.2. REQUERIMIENTO DE AFILIACIÓN

El Titular y/o Beneficiario, deberá cumplir los siguientes requisitos para la suscripción del presente contrato:

- Declaración de salud, firmada por el Titular y/o Beneficiario, la cual contendrá lo siguiente:
 - 1) Estado actual de salud;
 - 2) Expresión de enfermedades preexistentes que conoce y han sido diagnosticadas y su historia clínica pasada; y,
 - 3) Enfermedades padecidas, operaciones y accidentes sufridos.
- BLUECARD, podrá solicitar documentación que considere necesarias, como declaración de salud, historia clínica completa y exámenes complementarios, a cargo de la compañía antes de la suscripción del presente contrato.
- Encontrarse dentro del país de residencia permanente o habitual.
- En el caso en el que el titular/beneficiario contrate el servicio cuando se encuentre en tránsito, a fin de activar su cobertura deberá notificar a BLUECARD a su central de asistencias y deberá esperar a la activación del servicio, que será comunicado por SMS o correo electrónico. En estos casos la activación de la cobertura podrá demorar hasta 48 horas a partir de la notificación. La cobertura se brindará desde que se proceda con la activación antes señalada.

11.3. ALCANCE

La cobertura del presente plan se aplicará en favor del titular o beneficiario, mientras se encuentre fuera de su país de residencia permanente o habitual, siempre y cuando se encuentre al día en el pago de las cuotas correspondientes y se brindará de conformidad con el presente contrato y las condiciones particulares correspondientes. Será obligación del titular o beneficiario notificar a la compañía, su salida del país mínimo con veinticuatro (24) horas de antelación, e ingreso al país, en el plazo de hasta veinticuatro (24) horas desde que ello ocurra.

11.4. PLAZO DEL CONTRATO

El plazo del contrato será el equivalente a la duración del viaje que realice el cliente, el cual ha reportado a la contratación del servicio. Sin perjuicio de que el titular o beneficiario pueda solicitar la terminación del contrato en cualquier momento, y la compañía pueda solicitarlo por incumplimiento de las contraprestaciones económicas por parte del titular o beneficiario. Durante el período de mora la compañía, previa notificación al usuario, suspenderá la cobertura de las prestaciones sanitarias, excepto para las que correspondan a emergencia médica.



11.5. RENOVACIÓN

El Titular/Beneficiario podrá renovar su cobertura con mínimo 48 horas de anticipación al fin de la vigencia del contrato. En caso de no hacerlo se entenderá como terminado y no aplicará continuidad de cobertura.

11.6. MONTO DE BENEFICIOS, LIQUIDACIÓN DEL SERVICIO Y TASA DE CAMBIO

El monto límite de los beneficios a los que se refiere el presente contrato, se encuentran limitados a uno o varios eventos o servicios, los que se establecerán en el plan contratado. El monto límite de los beneficios de gastos médicos por enfermedad o accidente incluirán todos aquellos beneficios médicos, técnicos e informativos que estén ligados al/los eventos o servicios de contratados por el Titular y/o Beneficiario durante el plazo de este contrato, siempre que el mismo no se encuentre suspendido por falta de pago.

Los gastos utilizados no podrán superar el límite máximo establecido tanto para accidente como para enfermedad, especificado en el plan contratado, este monto será descontado sin importar el número de eventos presentados durante el plazo del contrato, siempre que el mismo no se encuentre suspendido por falta de pago. Para el beneficio de traslado de restos mortales la cobertura se otorgará hasta el monto contratado en el plan especificado.

Los beneficios que se detallen como "incluido en el límite" serán acumulativos por lo tanto el beneficio máximo será el monto establecido tanto para accidente como para enfermedad.

Todos los montos de los beneficios están expresados en dólares de los Estados Unidos de América. Toda liquidación de servicio o reembolso realizada en moneda diferente a la de los Estados Unidos de América deberá ser convertida a dólares de los Estados Unidos de América de acuerdo a la tasa oficial de cambio que estaba vigente a la fecha en la que se realizó el pago.

Las liquidaciones por los servicios, así como los reembolsos, deberán ser gastos razonables y acostumbrados al país de ocurrencia, de acuerdo con los costos negociados por BLUECARD, tomando como referencia el tarifario Mc Graw Hill, dentro de su red de prestadores, en caso de reembolsos.

Si el Titular y/o Beneficiario tiene excesos en la liquidación del servicio, este estará obligado a pagar dicho exceso directamente al prestador de salud, luego de lo cual BLUECARD procederá a cancelar el valor que le corresponde de acuerdo con el límite establecido en el plan contratado.

En los casos en que BLUECARD obtenga un descuento en una negociación de una factura, y el Titular y/o Beneficiario tenga excesos en la liquidación del servicio, éste tendrá derecho a la parte proporcional de dicho descuento. BLUECARD procederá a devolver esta parte proporcional siempre que el Titular y/o Beneficiario haya cancelado ese valor al prestador de salud.

El Titular y/o Beneficiario asumirá los valores no financiados tales como: gastos no cubiertos, valores excedentes, valores asociados a exclusiones específicas. Luego de recibida la documentación por parte del prestador de la atención médica, BLUECARD podrá realizar la gestión del cobro por dichos valores.



11.7. LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

BLUECARD tendrá un plazo máximo de cinco (5) días laborables, contados a partir de la fecha de recepción del último documento requerido, para aprobar o negar el pago del servicio o beneficio contratado.

La liquidación del reembolso se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del plan contratado, especificados en la Tabla de Beneficios del plan contratado, cuyo plazo no podrá exceder de sesenta (60) días.

11.8. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

El Titular y/o Beneficiario podrá terminar el contrato en cualquier momento, para lo cual, podrá notificar su decisión a la compañía por cualquier medio jurídicamente válido. BLUECARD podrá dar por terminado el contrato por constancia de mala fe o fraude por parte del Titular y/o Beneficiario o por incumplimiento de las contraprestaciones económicas por parte del titular o beneficiario. Durante el período de mora la compañía, previa notificación al usuario, suspenderá la cobertura de las prestaciones sanitarias, excepto para las que correspondan a emergencia médica.

11.9. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros contratos donde se proporcionen los servicios ofrecidos en este contrato, el Titular y/o Beneficiario podrá acudir (hacer la reclamación) a cualquiera de ellos a su elección, en cuyo caso la compañía a la que acuda pagará el valor real de los gastos necesarios, razonables y acostumbrados, en el país de incurrencia del siniestro según el plan contratado y coordinará con los otras compañías de tal forma que el total a pagar no sobrepase el cien por cien (100%) de los gastos cubiertos ni exceda el límite de cada plan.

11.10. COBERTURA EN PREEXISTENCIA

Las enfermedades preexistentes diagnosticadas tendrán cobertura después de un período de veinte y cuatro (24) meses y su monto máximo de cobertura será de un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general.

11.11. PAGO DE CUOTAS

El contratante se compromete y obliga para con BLUECARD S.A., a pagar como contraprestación a los servicios de salud, prestaciones sanitarias y beneficios de salud previstos en este Contrato cada una de las cuotas por el tiempo contratado, según consta en la Tabla de Beneficios del plan contratado, las cuales guardan conformidad con las notas técnicas y estudios actuariales aprobados por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros con el soporte Técnico de la Autoridad Sanitaria Nacional. Durante el período de mora la Compañía podrá suspender el financiamiento de los servicios de salud, previa notificación al contratante, excepto en casos de emergencia médica.

La no utilización de los servicios por parte del titular y/o beneficiario, no exime al Contratante del pago de los valores acordados.



11.12. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

Por cuanto este contrato es de viaje, no aplica la figura de restablecimiento.

11.13. CAMBIO DE PLAN

Por cuanto este contrato es de viaje, no aplica la figura de cambio de plan.

12. DÉCIMA SEGUNDA: CONDICIONES PARA EL TITULAR Y/O BENEFICIARIOS

12.1. BLUECARD, prestará sus servicios únicamente al Titular y a las personas que se encuentren declaradas como Beneficiarios en los planes contratados, durante el viaje, fuera de su país de residencia permanente o habitual.

12.2. Los servicios contratados en los planes son intransferibles a terceras personas.

12.3. Los servicios contratados en los planes se prestarán únicamente fuera del país y/o países de residencia permanente o habitual del Titular y/o Beneficiario

12.4. Los servicios contratados descritos en el plan contratado tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el plan contratado, y previo el pago anticipado de la cuota correspondiente. La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los servicios.

12.5. El usuario deberá indicar las fechas en las que estará fuera del país, y podrá anular o modificar el plan contratado, con hasta cuarenta y ocho horas de anticipación al inicio de la fecha de su viaje. En caso de que el viaje no se realice, la persona deberá demostrar que el mismo no se llevó a cabo, presentando a BLUECARD, copias de su pasaporte y el certificado de salida del país, en esos casos BlueCard, podrá, a su juicio, anular el plan contratado y devolver los valores cobrados.

12.6. El Titular y/o Beneficiario deberá estar al día en las cuotas, para recibir cobertura durante su viaje, por lo que en caso de que la cobertura se encuentre suspendida por falta de pago, y dicho Titular y/o Beneficiario desee continuar recibiendo el servicio, deberá comunicarse con BLUECARD o con uno de sus comercializadores, indicar su deseo de continuar el servicio por escrito, pagar la cuota correspondiente y declarar que no ha tenido ningún suceso que haya ameritado atención de salud.

12.7. Se procederá al reembolso de los planes contratados, solamente por causas de fuerza mayor (fallecimiento de su cónyuge o un familiar en primer grado de consanguinidad o de afinidad del Titular y/o Beneficiario, razones médicas, u otras causas ajenas al Titular y/o Beneficiario, debidamente justificadas y/o sustentadas), o en los planes contratados con fines de visado, en los cuales exista una negativa formal por parte del organismo.

13. DÉCIMO TERCERA: OBLIGACIONES Y PROCEDIMIENTOS GENERALES PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS DE SALUD PREPAGADA Y/O DE REEMBOLSO

13.1. CONDICIONES PARA PAGO DE ATENCIONES MÉDICAS Y SERVICIOS HOSPITALARIOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE



Para que el Titular y/o Beneficiario de un plan de salud prepagada pueda recibir la cobertura, incluido los reembolsos (siempre y cuando este beneficio se encuentre expresamente en las condiciones particulares) que correspondan de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato, deberá cumplir y haber cumplido con los siguientes requisitos o condiciones:

- a) Que el Titular y/o Beneficiario, previo la suscripción del presente contrato, haya cumplido con todas las obligaciones a su cargo, en especial entregar a BLUECARD, información veraz y oportuna.
- b) Que el Titular y/o Beneficiario, de forma previa, haya solicitado autorización a la Central de Asistencias de BLUECARD, directamente o a través de un tercero, a fin de que dicha compañía, autorice la cobertura en uno de los prestadores de servicios de salud de su Red. El titular o beneficiario, deberá comunicarse a cualquiera de los números telefónicos, a través de la página web de la compañía: www.bluecard.com.ec, o a través de cualquier medio de comunicación que habilite la misma a fin de recibir la confirmación de que cuenta con la autorización para ser atendido en el prestador de servicios de salud designado, caso contrario BLUECARD no tendrá obligación o responsabilidad respecto de los gastos realizados, salvo que las condiciones particulares le permitan realizar gastos y solicitar los reembolsos respectivos.
- c) El Titular y/o Beneficiario deberá indicar el número de contrato, nombres y apellidos, número de documento de identidad, número de teléfono para contactarlo mientras dure el evento, ciudad, país y dirección en la que se encuentra y motivo principal de la solicitud del servicio; si el Titular y/o Beneficiario no proporciona su ubicación y número de teléfono BLUECARD no se responsabilizará por la prestación del servicio. BLUECARD procederá a coordinar la prestación de los servicios, dentro de los términos, condiciones y limitaciones previstos para cada caso, de acuerdo con el plan contratado. La atención médica sea ambulatoria u hospitalaria, será proporcionada de acuerdo a las instrucciones que para el efecto suministrará la Central de Asistencias de BLUECARD en las circunstancias específicas, según lo más conveniente, mediante una de las personas naturales o jurídicas, integrantes de la red de proveedores que tiene BLUECARD para el efecto en el exterior. El costo de esta prestación será asumido por BLUECARD hasta los límites establecidos en el plan contratado.
- d) Autorizar en el formulario respectivo, para que profesionales y autoridades e instituciones que hayan intervenido o se hayan involucrado en la prestación del servicio de o en la atención de la situación relacionada con este evento, para que revelen a BLUECARD, o a quien éste designe, toda la información que respecto de dicho evento pueda requerirse, incluyendo honorarios pagados, así como el (los) diagnóstico(s) y las prestaciones recibidas por el Afiliado/Beneficiario, la factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose, factura de honorarios médicos en el caso de que no estén incluidos en la factura de la clínica u hospital, copia completa de la historia clínica (en caso ambulatorio u hospitalario), protocolo operatorio, anamnesis, transferencia, notas de evolución, epicrisis y detalle de insumos, medicinas, estadía hospitalaria, adicional copia del pasaporte donde se registre la fecha de entrada y salida del país de ocurrencia del evento. Esta autorización incluirá el contacto a nivel profesional con los médicos del Titular y/o Beneficiario y el conocimiento de su historia clínica anterior a su viaje



- e) Que el Titular y/o Beneficiario haya cumplido con todas y cada una de las instrucciones que le hubiere dado BLUECARD, y que entregue la documentación detallada en la cláusula DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INDENMNIZACIÓN, cuando éste haya realizado pagos que deban ser reembolsados por BLUECARD.
- f) Por excepción, en caso de requerir el uso de los servicios de salud prepagada, y el Titular y/o Beneficiario se encuentran impedidos de comunicarse de forma inmediata con la Central de Asistencias para solicitar la atención, o si le es imposible por causa de fuerza mayor, éste podrá contratar o recibir directamente los servicios requeridos, debiendo comunicar este hecho a la Central de Asistencias mencionada, a los siguientes números:

Ecuador:	1800 BLUECARD (258-322)
USA Canadá:	1800 504 0027
Ecuador:	(+) 593-2-3814-790
España:	900-946-683
Europa:	(+) 34-900-649-683
	<i>* No aplica para España</i>
Todo el Mundo:	(+) 1-305-644-8435
WhatsApp	095-987-5273
	<i>*marcar opción 1 (Asistencia médica)</i>

Dentro de las veinte y cuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del evento. Si por alguna razón no le es posible cumplir con la notificación dentro del plazo señalado, éste deberá justificar los motivos por los cuales no pudo dar cumplimiento a este requisito apenas pueda establecer comunicación con la Central de Asistencias. En estos casos el Titular y/o Beneficiario deberá pagar por su atención y posteriormente presentar su caso para que éste sea auditado y se determine la viabilidad y cobertura de este.

- g) En caso de que el Titular y/o Beneficiario necesite una atención, deberá comunicar lo sucedido de manera inmediata o a más tardar dentro de las veinte y cuatro (24) horas siguientes a la ocurrencia del evento, a fin de que la compañía gestione y autorice la cobertura en uno de los prestadores de servicios de salud, que formen parte de su red, salvo que las condiciones particulares le permitan realizar gastos y solicitar los reembolsos respectivos.
- h) Únicamente en caso de que el Titular y/o Beneficiario necesite una atención y se encuentre en alta mar (crucero), comunicará lo sucedido hasta 72 horas después de que su transporte llegue a puerto, a fin de que la compañía gestione y autorice la cobertura en uno de los prestadores de servicios de salud, que formen parte de su red, salvo que las condiciones particulares le permitan realizar gastos y solicitar los reembolsos respectivos.
- i) Que el Titular y/o Beneficiario presente toda la documentación mencionada dentro de los ciento ochenta (180) días de haber recibido el servicio, caso contrario, estos casos serán cerrados sin pago alguno.
- j) Permitir la repatriación del Titular y/o Beneficiario a su país de residencia permanente o habitual de acuerdo con la opinión y prescripción del equipo profesional médico que le atendió.



- k) Entregar los tickets o boletos aéreos o de otro medio de transporte cuando BLUECARD se haga cargo de la diferencia tarifaria en caso de repatriación del Titular y/o Beneficiario.
- l) El Titular y/o Beneficiario se obliga a que el servicio se brinde bajo estas condiciones generales acorde a la primera información veraz indicada por parte de éste o quien haga sus veces en la notificación o aviso.
- m) El Titular y/o Beneficiario acepta que para los casos donde se solicita reembolso, solamente serán tomados en cuenta los diagnósticos emitidos durante el periodo de incapacidad, siempre y cuando el Titular y/o Beneficiario se encuentre fuera de su país de residencia habitual o permanente y dentro de la vigencia del plan contratado.
- n) El Titular y/o Beneficiario deberá presentar el pasaporte, la tarjeta de migración o cualquier otro medio de prueba que establezca la fecha de salida y entrada a su residencia habitual y permanente.
- o) Notificado BLUECARD dentro del plazo establecido en este contrato, únicamente serán consideradas las solicitudes de reembolso que se presenten en las oficinas de BLUECARD dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de los hechos. Pasado dicho lapso, cesará todo derecho del Titular y/o Beneficiario para efectuar reclamación alguna, de la misma forma, los casos que no sean documentados o que la documentación requerida no sea presentada en los ciento ochenta (180) días posteriores al servicio serán cerrados sin pago alguno.
- p) En todos los casos, BLUECARD tendrá siempre el derecho de indicar si la atención será brindada por uno de sus prestadores de servicios o por otro profesional a su sólo criterio, o si asumirá los costos mediante el reembolso de los gastos realizados, de acuerdo con los montos aplicables según sea el caso, luego que éste sea auditado y se determine la viabilidad y cobertura de este, el pago se realizará al usuario en término de hasta sesenta días laborables.
- q) BLUECARD se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de los servicios. El Titular y/o Beneficiario declara su expresa conformidad con la modalidad indicada y la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias al servicio brindado.

13.2. PERIODO PARA LA PRESENTACIÓN DE REEMBOLSOS

Período de presentación de reclamos 180 días, contados a partir de la fecha de ocurrencia del hecho. Los reclamos presentados total o parcialmente después de este período no tienen derecho a cobertura.

13.3. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA INDEMNIZACIÓN

Para la restitución de prestaciones, el Titular y/o Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos dentro de los ciento ochenta (180) días, siguientes de ocurrido el evento:

- a) Formulario de reembolso debidamente lleno y firmado.



- b) Pedidos y resultados de exámenes y recetas emitidos por el médico y/o el prestador; y facturas y/o planillas originales que cumplan con los requisitos de ley y los solicitados por BLUECARD S.A., donde se detallen los honorarios pagados, así como el (los) diagnóstico(s) y las prestaciones recibidas por el Titular y/o Beneficiario. Incluyendo la factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose, factura de honorarios médicos en el caso de que no estén incluidos en la factura de la clínica u hospital, copia completa de la historia clínica (en caso ambulatorio u hospitalario) y detalle de insumos, medicinas, estadía hospitalaria, protocolo operatorio, anamnesis, transferencia, notas de evolución, epicrisis.
- c) Para prestaciones del extranjero adicionalmente se deberá presentar la constancia del pago sean en efectivo, cheque, transferencia, tarjeta de crédito, el reembolso de prestaciones se realizará en base a los gastos usuales, acostumbrados y razonables del país de ocurrencia.
- d) En el caso de emergencias, se deberá incluir el formulario 008 u hoja de emergencia que emite la clínica/hospital.
- e) Denuncia de la autoridad competente en casos de asalto, violación, intentos de homicidio y similares, para determinar la culpabilidad del asegurado, de ser el caso se cubrirá solo la emergencia.
- f) En casos de que el Titular y/o Beneficiario tenga otros planes de financiamiento de salud integral o Seguros de Asistencia Médica y haya solicitado previamente la restitución de estos deberá presentar a BLUECARD S.A. los requisitos antes mencionados en copias simples más la liquidación original del reembolso, u otro similar entregado por dicha empresa/s. En caso de que el Titular y/o Beneficiario haya sido beneficiado de otra empresa de salud integral o Compañía de Asistencia Médica y solicite su restitución por estos mismos gastos a BLUECARD y no notifique sobre dicho gasto, en la forma señalada, se considerará como un acto de mala fe.
- g) Las que determine la documentación necesaria para que se realicen los reembolsos, en las que se expresamente deberán constar que la compañía solo podrá requerir información adicional por una sola ocasión, luego de lo cual deberá contestar sobre su aceptación o rechazo.

BLUECARD S.A. podrá solicitar por una sola ocasión adicional, otros resultados, exámenes o cualquier otro tipo de documento que crea conveniente, siempre y cuando sea encaminado a determinar la veracidad, pertinencia y racionalidad de lo reclamado. Incluyendo la factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose, factura de honorarios médicos en el caso de que no estén incluidos en la factura de la clínica u hospital, copia completa de la historia clínica (en caso ambulatorio u hospitalario) y detalle de insumos, medicinas, estadía hospitalaria, protocolo operatorio, anamnesis, transferencia, notas de evolución, epicrisis.

14. DÉCIMO CUARTA: OBLIGACIONES DE LAS PARTES:

14.1. Obligaciones de la Compañía:

Con la suscripción del presente contrato BlueCard se obliga a:

- 14.1.1.** Ofrecer información de calidad y cantidad suficiente al Titular y Beneficiarios, sobre el plan contratado, a fin de que pueda contratarlo y utilizarlo de manera correcta.
- 14.1.2.** Otorgar el financiamiento, para las coberturas de todas las prestaciones de conformidad con lo establecido en este contrato y Tabla de beneficios correspondiente.



- 14.1.3. Notificar al usuario, dentro de los cinco días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda en monto de cobertura.
- 14.1.4. Las demás que se establezcan en este contrato y sean propias del servicio que se brinda.
- 14.1.5. Las demás que se establezcan en la ley o cualquier otra normativa aplicable.

14.2. Obligaciones del Titular y/o Beneficiario

Con la suscripción de este contrato el Titular y/o Beneficiario se obliga a:

- 14.2.1. Cumplir con sus obligaciones contractuales y con las condiciones establecidas en este contrato y la correspondiente Tabla de Beneficios.
- 14.2.2. Notificar a BlueCard su retorno al país en el plazo máximo de veinticuatro (24) horas.
- 14.2.3. Pagar las cuotas correspondientes según lo establecido en este contrato y la correspondiente Tabla de Beneficios.
- 14.2.4. Actuar de buena fe durante la relación contractual derivada del presente contrato.

15. DÉCIMO QUINTA: DECLARACIÓN FALSA O RETICENCIA

BLUECARD quedará exenta de toda responsabilidad y el Titular y/o Beneficiario perderá todo derecho a cobertura o indemnización, cuando:

- 15.1. El Titular y/o Beneficiario presente una reclamación fraudulenta o engañosa apoyada total o parcialmente en declaraciones falsas y/o reticencia de información, sea al inicio de la contratación del servicio o en el momento del evento.
- 15.2. En cualquier tiempo el Titular y/o Beneficiario o terceras personas que obren por cuenta de éstos o con su conocimiento, empleen medios engañosos o documentos falsos para sustentar una reclamación o para derivar a su favor beneficios en exceso de aquellos que le corresponden de acuerdo con el presente contrato.
- 15.3. Las acciones que han motivado la atención han sido causadas voluntariamente por el Titular y/o Beneficiario, en complicidad o bajo su consentimiento. BLUECARD está autorizada a verificar y solicitar la información correspondiente para comprobar las situaciones antes señaladas. Esta documentación incluye los honorarios pagados, así como el (los) diagnóstico(s) y las prestaciones recibidas por el Afiliado/Beneficiario. Incluyendo la factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose, factura de honorarios médicos en el caso de que no estén incluidos en la factura de la clínica u hospital, copia completa de la historia clínica (en caso ambulatorio u hospitalario), protocolo operatorio, anamnesis, transferencia, notas de evolución, epicrisis. y detalle de insumos, medicinas, estadía hospitalaria. Denuncias en caso de hechos de violencia, pasaporte, visa y demás necesarios para la entrada
- 15.4. En cualquier caso donde existiere mala fe por parte del Titular y/o Beneficiario, conforme a lo dispuesto en el numeral 3 del artículo 38 de la **Ley orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica**: “Actuar de buena fe a la hora de contraer obligaciones contractuales; presunción que admite prueba en contrario, que de producirse, mediante reclamo, sustanciado de acuerdo a lo previsto en esta Ley, será causal de terminación del contrato.”



16. DÉCIMO SEXTA: PROHIBICIONES DE LA COMPAÑÍA

16.1. BLUECARD tiene prohibido negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad.

16.2. BLUECARD no modificará las condiciones de los contratos para el financiamiento de prestaciones de salud y de los de seguros de asistencia médica, para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los usuarios o asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco años. En ningún caso se admitirán cambios o modificaciones anteriores para eludir lo dispuesto en este inciso.

17. DÉCIMO SÉPTIMA: PRECIO

El precio del contrato se detallará en la Tabla de Beneficios, de conformidad con el plan que contrate el Titular y/o Beneficiario.

18. DÉCIMO OCTAVA: PAGO INDEBIDO

BLUECARD se reserva el derecho de exigir al Titular y/o Beneficiario el reembolso de cualquier gasto que haya sido efectuado indebidamente por habersele prestado servicios no contratados o fuera del período de vigencia, o aquellos casos en que se determine que no cumplen con las condiciones contratadas de acuerdo a lo establecido en la cláusula pertinente o en forma diferente a lo estipulado en el presente contrato y tabla de beneficios.

19. DÉCIMO NOVENA: LEGISLACIÓN APLICABLE, JURISDICCIÓN Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre BLUECARD y el Titular y/o Beneficiario con relación a la ejecución, interpretación o liquidación del presente contrato, tal diferencia o disputa, sino se logró su solución por acuerdo directo, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse a mediación o arbitraje. El laudo arbitral o de mediación tendrá fuerza obligatoria para las partes.

El procedimiento arbitral o de mediación tendrá lugar en las instalaciones del Centro de Arbitraje y Mediación de la jurisdicción domiciliaria de la Compañía. El procedimiento de mediación o arbitraje será confidencial.

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de este contrato, prescriben de acuerdo a lo estipulado en la normativa vigente. En caso de duda, las disposiciones normativas deberán ser interpretadas en el sentido más favorable al asegurado.

20. VIGÉSIMA: PRESCRIPCIÓN

En caso de duda, por la omisión, interpretación, descripción y aplicación de condiciones detalladas en el presente contrato se incluirán las normas aplicables en la materia. Los derechos y beneficios de este contrato prescriben en cinco (5) años contados a partir del acontecimiento que les dio origen.

21. VIGÉSIMA PRIMERA: NOTIFICACIÓN

Toda notificación o aviso que requiera ser entregado a BLUECARD deberá hacerse por escrito y enviarse por correo certificado o por correo electrónico requiriendo acuse de recibo, a:



- ECUADOR
Gonzalo Serrano N37-13 y José Correa
Quito
Pichincha
- Correo electrónico: servicioalcliente@bluecard.com.ec

Toda notificación o comunicación que BLUECARD tenga que pasar al Titular y/o Beneficiario se realizará mediante correo electrónico a la última dirección electrónica conocida; adicional deberá también hacerse por escrito y será hecha a la última dirección conocida por ella.

De presentarse cambio en las direcciones descritas, la parte respectiva dará aviso por escrito de tal hecho a la otra, dentro de las veinticuatro (24) horas de producido el cambio.

Continúan vigentes los demás términos y condiciones del Contrato no modificadas.

Presentaciones de Prevención Primaria incluidas en tarifa cero: Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo con los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 15 de la citada Ley que correspondan. Estas prestaciones se detallan a continuación, y para la aprobación de contratos, planes y programas deben constar en las notas técnicas. Para los planes con cobertura específica, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

CICLO DE VIDA	CPT	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FREQ	RESPONSABLE
RECIÉN NACIDO (0 A 28 DIAS)	99381	ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDO	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 vez consulta e información	NEONATÓLOGO / PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR



	99401	ASESORÍA PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales: estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; información para promover la autoconfianza en los padres el en cuidado del niño/a fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre suplementación micronutrientes.		
--	-------	---	--	--	--

	99401	ATENCIÓN DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.		LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATÓLOGO / PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
NIÑOS DE 1 A 12 MESES	99381	ATENCIÓN AL INFANTE	Consulta para el control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditiva y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	10 consultas (8 mensuales hasta los 8 meses, 1 vez cada 2 meses hasta los 12 meses) en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información y asesoría.	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR



	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401	ASESORÍA: INFORMACION, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores sobre la importancia de la vacunación; información referente a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR

			<p>importancia de la higiene y la salud oral; promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.</p>		
<p>NIÑOS/AS DE 1 A 5 AÑOS</p>	<p>99382</p>	<p>ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio)</p>	<p>Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsulta a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías</p>	<p>4 consultas (1 consulta trimestral hasta los dos años) al año hasta los 2 años de edad, posterior 8 consultas (1 consulta trimestral) por año, en cada consulta se debe otorgar asesoría e información</p>	<p>PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR</p>

			infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.		
	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niños sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes;		PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR

			<p>promoción de alimentación saludable: variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.</p>		
	99406	<p>INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):</p>	<p>Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva: salud oral y prevención de la caries;</p>		<p>PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR</p>

			recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis, (no incluye exámenes de gabinete).		
NIÑOS/AS DE 1 A 5 AÑOS	99383	ATENCIÓN AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas u otros especialistas) del estado nutricional, neuro muscular y psicomotriz y emocional; detección clínico-temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infectocontagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta por año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR



	99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en consulto para evaluación del bienestar del niño, sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/o importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades: variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a: promover la salud oral y prevención de caries.	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
--	-------	---	--	---

	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Información en consulta para evaluación del bienestar del niño, sobre: recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínico precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva: importancia de aplicaciones tópicos con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.	PEDIATRA / MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
--	-------	--	---	---

<p>ADOLESCENTES DE 11 A 19 AÑOS</p>	<p>99384</p>	<p>ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS</p>	<p>Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. Peso, tallo, IMC, TA; detección clínica temprano de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infectocontagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad)</p>	<p>1 vez al año, durante la consulta se deben otorgar información y asesoría</p>	<p>MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR</p>
---	--------------	--	--	--	---



	99401 / 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación, detección de maltrato y/o violencia; detección de uso de sustancias psico-estimulantes; importancia de lo valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
--	---------------	---	---	-------------------------------------



	99406	INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta):	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual. Acoso escolar (bullying)		MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
EMBARAZO	59425	CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO SIN RIESGO	Control Prenatal de 4 o 6 visitas. Incluye: •Consulta gineco-obstétrica. •Valoración e interpretación del estado nutricional – ganancia	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas	MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA / MÉDICO FAMILIAR



			peso materno •Clasificación de riesgo obstétrico. •Evaluación de bienestar fetal.		
	99402	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar Información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna. Cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.		



	99385	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN EMBARAZO	Consulta por odontología para control de salud oral en lo mujer embarazada, que incluye evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación	ODONTÓLOGO
	85025/ 82947 / 81001 / 86900 / 86901 / 85670 / 85730 / 84520 / 30509 / 86703 / 88142 / 86777 / 86778 / 86762 / 86765 / 86706 / 86644 / 86645	DETECCIÓN DE RIESGO POR EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo. TP, TTP, úrea, glucosa y creatinina. VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo	LABORATORIO
	99215	ATENCIÓN INTEGRAL POSPARTO	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (No Incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto	MÉDICO GENERAL / GINECO-OBTETRA / MÉDICO FAMILIAR

MUJERES EN EDAD FÉRTIL-MEF	99385	CONTROL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (No exámenes de gabinete. Ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se deben otorgar información y asesoría	GINECO-OBSTETRA / MÉDICO FAMILIAR
	99402	ASESORÍA; INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.		MÉDICO GENERAL / GINECO-OBSTETRA / MÉDICO FAMILIAR

ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS	99385,99401,99406	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de ambiente, ni interconsultas).	1 vez al año, (durante la consulta se deben otorgar información y asesoría)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR
	99401, 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e		MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR



			información sobre lo valoración auditiva y visual.		
ADULTO DE 50-64 AÑOS	99386	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual. Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros no (incluye	1 vez al año, (durante la consulta se deben otorgar información y asesoría)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR



			exámenes de gabinete, ni interconsultas)		
	99401, 99406	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.		MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR

ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	99387	CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo. Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías Infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	1 vez al año, (durante la consulta se deben otorgar información y asesoría)	MÉDICO GENERAL / MÉDICO FAMILIAR / MÉDICO GERIATRA
-------------------------	-------	------------------------------------	---	---	--



BLUECARD
tu tranquilidad es primero

Compañía de Salud
Prepagada del Ecuador

BLUEASSIST
asistencia médica para viajes

	99406, 99401	ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable		
--	--------------	---	--	--	--



22. VIGÉSIMA SEGUNDA: SUSCRIPCIÓN

En constancia de aceptación de todo lo antes expuesto, el Afiliado y BLUECARD S.A. suscriben el presente instrumento por duplicado, en el lugar y fecha señalados en la carátula del plan contratado.

Lugar y fecha:

El Afiliado/Beneficiario podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

BLUECARD ECUADOR S.A.

EL CONTRATANTE/TITULAR