

CAPITULO V: DE LAS PRESTACIONES

TITULO I: GENERALIDADES

Artículo 29.-

El **PAM** otorga las siguientes prestaciones:

- a) Atención Médica.
- b) Atención Oncológica.
- c) Atención Obstétrica.
- d) Atención Odontológica.
- e) Transporte por Evacuación.
- f) Gasto de Sepelio.

Todas las prestaciones se otorgan con observancia de los límites establecidos en la **Tabla de Beneficios y Condiciones** que forma parte integrante de este Reglamento y podrá ser ajustado periódicamente por la **CAFEBAN** para mantener un adecuado nivel de cobertura, en relación con las elevaciones en los índices de precios.

En caso que los importes excedan el monto de la **IMA**, de cada afiliado, por uno o varios siniestros en el año calendario, serán a cargo del Afiliado Titular.

Artículo 30: El **FEBAN** podrá otorgar para el pago de las sumas a cargo del afiliado (coaseguro, excesos sobre la indemnización máxima anual) préstamos, los que serán solicitados, evaluados y gestionados ante el área del **FEBAN** que corresponda.

Artículo 31: Las prestaciones del **PAM** se cancelan:

- a) **Mediante pago directo:** Cuando las prestaciones del **PAM**, ejecutadas a través de la red nacional de clínicas, centros médicos, hospitales, y establecimientos adscritos al **PAM** y no regentados por el **FEBAN**, son canceladas por el **FEBAN** en razón de los porcentajes establecidos.
- b) **Mediante reembolso:** Cuando las prestaciones del **PAM** son ejecutadas a través de profesionales independientes, clínicas, centros médicos, hospitales, farmacias y establecimientos adscritos o no al **PAM**. Estas prestaciones serán canceladas por el afiliado para su posterior reembolso por parte del **FEBAN** en razón de los porcentajes establecidos.

Artículo 32: Ninguna responsabilidad será asumida y por consiguiente ningún pago será efectuado, por la contratación de servicios no considerados, bajo los términos del **PAM**, por la contratación de aquellos expresamente señalados como exclusiones en el presente Reglamento. Tampoco será asumido por el **PAM**, los servicios contratados en exceso de las tarifas correspondientes, salvo que las indicaciones del Área de Auditoría Médica determinen una decisión diferente.

TITULO II: DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 33: La atención médica cubre el tratamiento ambulatorio y/u hospitalario (clínico y/o quirúrgico), en servicios regulares o de emergencia que requiera la enfermedad o accidente que sufra el afiliado.

Artículo 34: La cobertura de los tratamientos indicados comprende los gastos por honorarios profesionales, análisis y exámenes auxiliares; internamiento en cuartos bipersonales, incluyendo la dieta y cuidados de enfermería indicados por el médico tratante; los derechos de salas de operaciones, de recuperación y de cuidados intensivos; el suministro de medicinas, anestésicos, plasma y oxígeno; y otros equipos, aparatos y dispositivos médicos indicados para el tratamiento del paciente que están cobaturados en el Programa de Asistencia Médica.

Artículo 35: La atención en servicios de emergencia se prestará solamente en aquellos casos que, por presentarse en forma imprevisible, violenta o súbita, ponen en peligro inminente la vida o alteran grave o profundamente el estado de salud de una persona, por lo tanto, exigen atención médica o quirúrgica inmediata.

El PAM cubre los gastos incurridos en tratamientos de emergencia por accidentes hasta los límites referidos en la Tabla de Beneficios y Condiciones, siempre que se presten, dentro de las 48 horas de ocurrido el siniestro.

Artículo 36: El **PAM** sólo reconocerá un máximo de tres consultas médicas dentro de un mes calendario por atención ambulatoria en clínicas, centros médicos, hospitales y establecimientos adscritos o no al **PAM**, o los administrados por el **FEBAN**, salvo que la enfermedad amerite más consultas y el médico tratante lo certifique.

Artículo 37: No se considera consulta la atención en servicio de emergencia a que se refiere el artículo 35 del Reglamento.

Artículo 38: **El PAM** cubre el 80% de los gastos incurridos en tratamientos ambulatorios para enfermedad, en exceso del deducible, hasta los límites indicados en el resumen de especificaciones. El 20% restante es de cargo del titular.

TITULO III: DE LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA

Artículo 39: **El PAM** procederá a la atención y cobertura oncológica, desde que esta sea determinada por el médico tratante, es decir a partir de la fecha de presentación del informe médico de anatomía patológica sustentando una afección de esta naturaleza.

En caso de que por factores de riesgo médico, no se pueda realizar el estudio histológico para el diagnóstico de cáncer, el afiliado deberá acreditar el riesgo mediante informe médico sustentatorio para contar con la autorización respectiva.

Artículo 40: No está afecto al pago del Coaseguro del 20%, el afiliado por atención Oncológica.

Artículo 41: El afiliado podrá hacer uso del servicio de atención oncológica para los casos de atención médica hospitalaria y/o ambulatoria, exclusivamente en las Clínicas adscritas al **FEBAN**, y en las condiciones que se indican en el presente Reglamento.

Artículo 42: El **FEBAN**, tiene derecho a examinar al afiliado, por los médicos designados por este, las veces que considere necesario para comprobar la procedencia de cualquier reclamo. El afiliado esta en la obligación de proporcionar todos los exámenes o informes médicos que se requieran para la mejor evaluación del caso y deberá firmar las autorizaciones necesarias para facilitar la entrega de la información adicional solicitada, ya sea para el pago de reembolsos, beneficios y auditorias, dispensando al **FEBAN** de la reserva de información.

TITULO IV: DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Artículo 43: El **PAM** cubre los gastos de atención obstétrica requerida durante el embarazo y el parto por una Afiliada Titular o de la Afiliada Dependiente (cónyuge o concubino) de un titular.

En la cobertura de los gastos por atención obstétrica se incluyen todos los rubros descritos en el artículo 34 del Reglamento y los normales ocasionados por el hijo mientras la madre se encuentra hospitalizada a consecuencia del parto, excepcionalmente se podrá atender hasta los treinta días de nacido a los hijos que sufran enfermedades congénitas o corra peligro la vida del recién nacido.

Artículo 44: Para los efectos a que se contrae el artículo 31 del Reglamento, la atención obstétrica de control de embarazo en centros médicos, hospitales y establecimientos adscritos o no al **PAM** y no administrados por éste, están incluidas dentro de las tres consultas mes calendario; sin embargo, se reconoce en el último mes de gestación una consulta adicional sólo para la atención obstétrica de control de embarazo.

Artículo 45: El Programa no cubre los gastos de atención obstétrica en los casos de aborto provocado ni los que pudieran ser requeridos por afiliados dependientes-hijos y/o afiliadas facultativas.

TITULO V: DE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Artículo 46: El programa cubre los gastos de atención odontológica hasta los límites establecidos según convenio con el proveedor, únicamente mediante el sistema de crédito, a través de establecimientos y/o por los profesionales especialmente contratados para el efecto.

TITULO VI: TRANSPORTE POR EVACUACIÓN

Artículo 47: El **PAM** reembolsa los gastos efectuados por el transporte de un afiliado a hospitales, clínicas y centros médicos sin afectar el **IMA** que le corresponde y

siempre que se certifique que tal recurso es indispensable para el tratamiento y/o el estado de salud del paciente que lo exija, en las siguientes proporciones:

- a) Por gastos en ambulancia local, hasta por una suma equivalente al 2.5% de la **IMA** ambulatoria por año.
- b) Por gastos en ambulancia u otro medio de larga distancia, hasta por una suma equivalente al 6.25% de la **IMA** ambulatoria por año.
- c) Por gastos de transporte aéreo, hasta por una suma equivalente al 12.5% de la **IMA** ambulatoria por año.

Toda evacuación debe estar referida a la hospitalización del paciente. Por tanto, los gastos de transporte no son reconocidos cuando se trata de tratamientos ambulatorios.

TITULO VII: GASTO DE SEPELIO

Artículo 48: En caso de fallecimiento de un afiliado a consecuencia de una enfermedad o de accidente, el **PAM** cobertura los gastos de sepelio hasta por el monto que se señala en la **TABLA DE BENEFICIOS Y CONDICIONES**. La misma que es ajustada periódicamente por la **CAFEBAN**.

Artículo 49: La cobertura alcanza a los gastos en los siguientes ítems, cuyo monto equivale al valor de un:

- a) Nicho perpetuo en cuarteles comunes, equivalente al costo de Nivel C.
- b) Ataúd y capilla ardiente.
- c) Carroza y carro de flores.

El monto de la prestación para gastos de sepelio no será afectado en ningún caso por la utilización de otros rubros del Programa.

TITULO VIII: EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

Artículo 50: Las prestaciones que otorga el **PAM** a través de sus distintos servicios y bajo cualquiera de sus modalidades excluyen los tratamientos, enfermedades y medicamentos que aparecen en el **ANEXO I** y **II** que forman parte integrante de este reglamento. Además de los procedimientos y exámenes auxiliares no cubiertos en el tarifario **FEBAN**.

La **CAFEBAN** podrá modificar las exclusiones establecidas en los anexos a que se refiere el párrafo precedente.