



¿CÓMO FUNCIONA?

¿A QUIÉN LLAMO?

## Conozca el paso a paso para utilizar su seguro de gastos médicos

Contar con un Seguro de Gastos Médicos es fundamental porque cubre los beneficios esenciales para mantener su salud y tratar enfermedades y accidentes; además que nuestro seguro de salud nos protege de costos médicos altos e inesperados, por eso para **ASSA Compañía de Seguros** es importante que conozca el Paso a Paso de cada uno de los servicios que le ofrece su póliza.

### USO DEL SEGURO EN COSTA RICA

#### A. ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O POR ACCIDENTE DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS

La atención ambulatoria son los servicios de atención médica que no requieren de una hospitalización o internamiento. Utilizar nuestra Red de Proveedores Médicos Afiliados [www.salud.assanet.cr](http://www.salud.assanet.cr) le permite disfrutar de mejores costos en la atención médica, lo que disminuye el coaseguro que deba cancelar; además, al utilizar la Red usted no deberá desembolsar el costo de todos los servicios de atención médica, pues **ASSA** se encarga de realizar el pago directo con el proveedor y usted cancela únicamente el deducible, coaseguro o copago según corresponda.



## Para solicitar este servicio, siga estos pasos:

1. Comunicarse al teléfono: **(506) 4052-3030** o al correo electrónico: **preautorizacion@assanet.com**, ASSA le ubica y asesora con el proveedor afiliado disponible que corresponda, según la enfermedad, lesión o emergencia que presente.
2. Los gastos ambulatorios por accidente, incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas, serán cubiertos al cien por ciento (100%). Los gastos ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.
3. El proveedor afiliado seleccionado solicita a la Central de Coordinaciones de la Compañía la pre-notificación y ellos se encargarán de enviarle vía correo electrónico la documentación, para que se reconozca el reclamo por el sistema de pago directo.

### Tome en cuenta:

- Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento, aunque haya sido dado de alta.
- Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato.
- Durante las primeras cuarenta y ocho (48) horas de ocurrido el accidente, el proveedor afiliado autorizado deberá solicitar la pre-notificación médica y reportar el caso al número telefónico: (506) 4052-3030 o al correo electrónico **preautorizacion@assanet.com**. De esta forma, la Compañía hará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos una vez superado el deducible y Usted deberá asumir el coaseguro o copago que corresponda, de acuerdo con lo establecido en el contrato.



## B. ATENCIÓN AMBULATORIA Y/O POR ACCIDENTE FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS

Si Usted elige ser atendido por un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Médicos, no obtendrá ningún tipo de descuento a través de su Carné de Asegurado.

## Para solicitar este servicio, siga estos pasos:

1. Enviar al correo reclamacionescr@assanet.com, el Formulario de Reclamación de Salud [www.salud.assanet.cr](http://www.salud.assanet.cr) debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
2. Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados, y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
3. Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
4. Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.
5. Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.

## Tome en cuenta:

- Usted deber pagar al proveedor afiliado la suma completa que corresponda por los servicios médicos y presentar a la Compañía los documentos indicados en el punto 2, 3 y 4 anteriores, para el debido reembolso de los gastos incurridos, los cuales se indemnizarán de acuerdo con el costo usual, razonable y acostumbrado definido en las Condiciones Generales.
- En caso de accidente, Usted deberá cancelar el monto correspondiente a la atención brindada y presentar el reclamo por reembolso a la Compañía. Los beneficios ambulatorios incurridos durante las primeras veinticuatro (24) horas de ocurrido el accidente, serán cubiertos al cien por ciento (100%).  
Los beneficios ambulatorios restantes, serán reconocidos de acuerdo con las condiciones del contrato.  
Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento.
- Si a consecuencia del accidente se requiere hospitalización, ésta será reconocida de acuerdo con las condiciones del contrato para atenciones fuera de la Red de Proveedores Afiliados y será necesario solicitar pre-notificación a la Central Operativa de la Compañía al número de teléfono **(506) 4052-3030** o correo electrónico **preautorizacion@assanet.com**

## C. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS

Cuando requiera atención hospitalaria y/o quirúrgica como consecuencia de una enfermedad, accidente o embarazo cubierto por la póliza, deberá:



1. Comunicarse a la Central de Coordinaciones de la Compañía, al número telefónico **(506) 4052-3030** o contactar a la dirección electrónica **preautorizacion@assanet.com**
2. Presentar formulario de Prenotificación completo por ambos lados **www.salud.assanet.cr** resultados de exámenes preoperatorios para el análisis de la cobertura.
3. Adjuntar notas médicas, referencias, cotización de gastos de insumos por parte del hospital o clínica y soportes necesarios para la valoración del caso.
4. Se le enviará la carta de cobertura correspondiente a su correo electrónico con la debida aprobación.
5. La solicitud debe ser enviada con un mínimo de setenta y dos horas (72) de anticipación y con los resultados de las pruebas de laboratorio, rayos X u otros exámenes prescritos y practicados que justifiquen la necesidad del procedimiento médico, tratamiento o cirugía recomendada. Los tratamientos de emergencia deberán ser reportados dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al tratamiento aún y cuando el asegurado haya sido dado de alta.

### Tome en cuenta:

- La Compañía realizará pago directo al proveedor afiliado de los gastos incurridos, una vez superado el deducible y conforme a los montos autorizados en la pre-notificación. El Asegurado deberá asumir el coaseguro correspondiente y cualquier suma en exceso, en los casos que sobrepasen los costos usuales, razonables y acostumbrados, con respecto a lo autorizado por la Compañía, en la pre-notificación.
- Para los efectos de la Compañía, una cirugía programada o electiva es aquella que desde el punto de vista médico es necesaria y recomendable que se practique, pero no requiere llevarse a cabo inmediatamente, porque no existe peligro de pérdida de la vida, de función principal de algún órgano vital, de incapacidad permanente o transitoria.
- Cuando el asegurado no realiza la "Solicitud de pre-notificación" correspondiente o ésta no ha sido aprobada por la Compañía, a pesar de utilizar los servicios de la Red de Proveedores Afiliados, el reembolso o reintegro se efectuará aplicando las condiciones establecidas para proveedores fuera de la red, con excepción de los casos de emergencia y accidentes.

## D. ATENCIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS

Cuando se recibe el servicio hospitalario de un proveedor que no pertenece a la Red de Proveedores Afiliados, Usted deberá cancelar todos los gastos incurridos por la hospitalización y/o el (los) procedimiento (s) médicos efectuado (s) y presentar todos los documentos para reembolso a la Compañía. Dicho reembolso se efectuará de acuerdo con los costos usuales, razonables y acostumbrados.



### Seguir estos pasos:

- El Formulario de Reclamación de Salud **Documentos y formularios - ASSA - Costa Rica (assanet.cr)** debidamente completado, tanto por el Médico tratante como por el Asegurado.
- Las facturas originales detalladas correspondientes al tratamiento o servicio (las fotocopias no son aceptables). Estas facturas deben estar en la moneda del país donde los servicios fueron realizados y cualquier otra información que resulte necesaria para determinar la responsabilidad de la Compañía bajo esta Póliza.
- Recetas, indicaciones y prescripciones médicas.
- Resultado de los exámenes que se le prescribieron y practicaron.
- Una vez presentada esta documentación y de encontrarse conforme, se efectuará el pago de los beneficios según las Condiciones del Seguro, o bien, se comunicará por escrito la declinación de la reclamación de acuerdo con lo indicado en la póliza.
- En caso de que Usted no realice la pre-notificación a la Central Operativa se aplicará una penalidad del 30% en la indemnización de los gastos incurridos, después de que hayan sido satisfechos el deducible y el coaseguro, que corresponden a su seguro. Esto aplica para servicios brindados con proveedores que NO pertenecen a la Red de Proveedores.

# USO DEL SEGURO FUERA DE COSTA RICA

## A. COBERTURA DE EMERGENCIAS

Si se encuentra fuera de Costa Rica y requiere asistencia médica de emergencia (uso de la asistencia al viajero), ya sea por accidente o enfermedad infecciosa. Usted deberá:

### 1. Utilizar los siguientes medios de comunicación:

- Central de Coordinaciones en Costa Rica: **(506) 4052-4660**
- Correo de la central de coordinaciones en Costa Rica: **preautorizacion@assanet.com**
- Continental: comunicarse a los números +506 4000-1516, línea en USA +17 866 137102 a través del WhatsApp +318 554-4699

\*La persona que le atiende le recomendará el centro médico más cercano al que Usted puede acudir y le orientará en todo lo relacionado con su caso, los pagos por estos servicios se harán mediante la modalidad de pago directo cuando aplique.

### 2. Indique a la persona que le atiende la siguiente información:

- Su nombre y apellidos.
- Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
- Plan de seguro que tiene suscrito con la Compañía.
- Número de póliza (se encuentra anotado en su Carné del Seguro).
- Dirección y teléfono del lugar donde se encuentre.
- Fecha de inicio de viaje

### Tome en cuenta:

- Recuerde que los gastos incurridos por los siguientes conceptos NO están sujetos a reembolso, por lo que deberá coordinarse directamente con la Central de Coordinaciones de la Compañía:
  - Repatriación por razones médicas.
  - Prolongación de la estancia del Asegurado en el extranjero por lesión o enfermedad. En caso de que a consecuencia de un accidente se requiera hospitalización, Usted u otra persona deberá comunicarse con Central de Coordinaciones de la Compañía al número de teléfono o correo electrónico indicados, durante las primeras veinticuatro (24) después de sufrir la emergencia médica y reportar el caso.
- En el caso de atención de emergencias con proveedores fuera de la Red de Proveedores afiliados, se reconocerá un máximo de \$25,000 por asegurado por año póliza.
- En caso de que el uso de la póliza sea en USA contamos con la red médica de UHC (United Health Care). Si la atención que Usted requiere no está contemplada en la cobertura dentro del beneficio de asistencia al viajero, el servicio tendrá que canalizarse con la Central de Coordinaciones de Costa Rica al número: (506) 4052-3030.

## B. ATENCIÓN AMBULATORIA U HOSPITALARIA DENTRO O FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES AFILIADOS EN LOS DEMÁS PAÍSES

- Estas coberturas operarán de la misma forma que funcionan para la atención en Costa Rica, según lo expuesto en los apartados A y C, siempre y cuando se informe a Central de Coordinaciones de la Compañía, o a los teléfonos o correo electrónico citados anteriormente.
- Dentro de la Red de Proveedores Afiliados, la atención ambulatoria funciona por pago directo, previa comunicación con la Unidad de Asistencia a los teléfonos que se señalan en el aparte A de la "Utilización del seguro en los demás países".
- Para utilizar la cobertura fuera del país de residencia, el Asegurado debe solicitar pre-autorización a la Compañía, indicando el tratamiento o procedimiento que se va a realizar con al menos 15 (quince) días naturales de anticipación. El requisito de pre autorización tiene como finalidad coordinar lo relacionado con los costos, asesorarle en la selección del proveedor y ayudarle a reducir costos en el extranjero, así como determinar la posibilidad de contar con una segunda opinión médica.
- Los gastos incurridos por la atención médica ambulatoria u hospitalaria, así como por asistencia médicos de emergencia por accidente o enfermedad infecciosa, con un proveedor no afiliado a la Red de Proveedores Afiliados, deberán ser cancelados en su totalidad por el Asegurado y presentar a la Compañía, los documentos para su reembolso, de acuerdo con los requisitos citados en el apartado de este procedimiento.

### Tome en cuenta:

En caso de que el uso de la póliza sea en USA contamos con la red médica de **UHC (United Health Care)**, el cual se podrá coordinar de la siguiente manera:

- Programar una cita directamente con un proveedor dentro de la red de **UHC**. La red de proveedores de **UHC** la puede encontrar en el siguiente link: <https://www.whyuhc.com/us1> Luego la coordinación de la cobertura se realizará de manera interna entre la compañía y **UHC**, quien hará llegar al proveedor la extensión de beneficios en caso de que se brinde la cobertura.
- O bien, puede comunicarse con la Central de Coordinaciones de Costa Rica al número: **(506) 4052-3030** y se realizara el trámite correspondiente.

**APROVECHÁ LOS SERVICIOS QUE TE BRINDA TU PLAN DE SALUD**

**ASSA COSTA RICA TE ACOMPAÑA Y FACILITA TUS PROCESOS**