

## CONDICIONES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

---

**BENEFICIO QUE OTORGA LA EMPRESA AL PERSONAL DE CONFIANZA, ANTE EVENTUALIDADES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES QUE SE REALICEN EN FORMA PARTICULAR POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.**

PARA AFRONTAR ESTAS EVENTUALIDADES, LOS EMPLEADOS Y BENEFICIARIOS DE ESTE SERVICIO TIENEN PLENA LIBERTAD PARA ELEGIR MÉDICOS, SANATORIOS, CLÍNICAS U HOSPITALES EN SU ATENCIÓN MÉDICA A NIVEL NACIONAL Y EN EL EXTRANJERO. A TRAVÉS DE ESTE BENEFICIO SE REEMBOLSARÁ HASTA EL 100% DEL TOTAL DE SUS GASTOS, CUANDO HAYAN SIDO ORIGINADOS POR ACCIDENTE; CUANDO SE TRATE DE ENFERMEDADES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, SE PODRÁ OBTENER HASTA EL 85% APROXIMADAMENTE DEL TOTAL DE GASTOS REALIZADOS, DEBIENDO SER ESTE GASTO DE 85 UMA'S\*, COMO MÍNIMO A PRESENTAR.

ESTE BENEFICIO SE OTORGA A TRAVÉS DE UN ADMINISTRADOR DE RIESGOS, EL CUAL DEFINE Y CONDICIONA LAS BASES DE COBERTURA.

LAS CONDICIONES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES SON LAS QUE A CONTINUACIÓN SE ENLISTAN:

**A. EL PERSONAL PERMANENTE ES AUTOMÁTICAMENTE INSCRITO EN EL PLAN BÁSICO CON 2000 UMA'S\* COMO SUMA ASEGURADA.**

B. MEDIANTE SOLICITUD EXPRESA, EL EMPLEADO PUEDE HACER EXTENSIVO ESTE BENEFICIO A SU CÓNYUGE E HIJOS MENORES DE 25 AÑOS SOLTEROS. PARA INSCRIPCIÓN DE RECIÉN NACIDOS DISPONDRÁ DE 30 DÍAS NATURALES. LA INTEGRACIÓN DE LOS FAMILIARES DESCENDIENTES IMPLICARÁ AL EMPLEADO UNA CUOTA ANUAL POR CADA DEPENDIENTE Y SERÁ DESCONTADA VÍA NÓMINA. LAS CUOTAS SE DAN A CONOCER MEDIANTE CIRCULAR ANUAL DISPONIBLE EN INTRANET O EN LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS.

**C. LOS DEPENDIENTES QUE CUMPLAN 25 AÑOS EN EL TRANCURSO DE LA VIGENCIA QUEDARÁN INSCRITOS HASTA EL TÉRMINO DE LA VIGENCIA CORRESPONDIENTE O CUANDO SE AGOTE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE QUE HAYA RECLAMADO ALGÚN PADECIMIENTO, LO QUE OCURRA PRIMERO. DESPUÉS DE ESTO NINGÚN PADECIMIENTO QUEDARÁ CUBIERTO.**

D. SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS USUARIOS DE ESTE BENEFICIO EL MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE SUS DEPENDIENTES, POR CAMBIO DE ESTADO CIVIL O POR NACIMIENTO; DISPONIENDO DE 30 DÍAS NATURALES PARA ELLO.

**E. EL PERSONAL JUBILADO CON MÁS DE 55 AÑOS DE EDAD QUE DECIDA DARSE DE BAJA, NO PODRÁ REINGRESAR AL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS.**

F. SE REEMBOLSARÁ HASTA EL LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA, 2000 UMA'S\* POR EVENTO, PARA CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN BÁSICO Y 8000 UMA'S\* PARA LOS INSCRITOS EN EL PLAN ADICIONAL.

**G. LAS OPERACIONES CESÁREAS (EMPLEADA O CONYUGE DEL EMPLEADO), SIEMPRE Y CUANDO LA AFECTADA TENGA MÁS DE 12 MESES DE ANTIGÜEDAD EN EL PROGRAMA Y CUANDO SEA EFECTUADA POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA, INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE; SE CUBRE COMO ENFERMEDAD, APLICANDO EL DEDUCIBLE Y COASEGURO DEL PLAN DE REEMBOLSO. SE CUBRIRAN HASTA UN MÁXIMO DE 300 UMA'S\* EN EL PLAN BÁSICO Y 600 UMA'S\* EN PLAN ADICIONAL, PARA ESTE EFECTO SÓLO SE CONSIDERAN COMO GASTOS SUJETOS A REEMBOLSO LOS QUE REALICEN A PARTIR DEL MOMENTO DE HOSPITALIZACIÓN DEFINITIVA PARA LA CIRUGÍA.**

H. EN CASO DE ACCIDENTES DEL EMPLEADO O SUS DEPENDIENTES, SE REEMBOLSARÁ EL 100% DEL TOTAL DE LOS GASTOS PRESENTADOS, SIEMPRE Y CUANDO SE COMPRUEBE QUE EXISTIÓ UN TRATAMIENTO MÉDICO DENTRO DE UN LAPSO DE 90 DÍAS POSTERIORES A LA FECHA DEL ACCIDENTE, EL CUAL SERÁ EVALUADO POR EL ADMINISTRADOR.

## CONDICIONES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

---

**I. CUANDO SE TRATE DE REEMBOLSO POR ENFERMEDAD O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, DEL TOTAL DE GASTOS CUBIERTOS SE DESCONTARÁN 30 UMA'S\* DE DEDUCIBLE Y DE LA DIFERENCIA EL 10% DE COASEGURO.**

J. EN LOS CASOS DE CIRUGÍA DE NARIZ, ESTA LA DEBERÁ REALIZAR UN MÉDICO CON ESPECIALIDAD EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y EL COASEGURO SERÁ DEL 40%. DICHO COASEGURO SE DESCONTARÁ PARA CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA FUNCIONAL QUE SE REALICE EN LA NARIZ, INDEPENDIEMENTE DEL SEGMENTO QUE SE TRATE; ASÍ COMO TAMBIÉN CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE IMPLIQUE MANIOBRAS DENTRO DE LA CAVIDAD NASAL. DEBERÁ ANEXAR A LA SOLICITUD RADIOGRAFÍAS Y FOTOGRAFÍAS PRE Y POST OPERATORIAS CON INTERPRETACIÓN.

**K. PARA RECLAMAR NUEVAMENTE GASTOS DE PADECIMIENTOS REGISTRADOS EN EL PLAN DE REEMBOLSO, EN LOS CUALES SE HAYA AGOTADO LA SUMA ASEGURADA O YA NO SE PRESENTEN GASTOS POR ESE PADECIMIENTO, DEBERÁ ESPERAR UN PERIODO DE DOS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA FACTURA MÁS RECIENTE INCLUIDA EN EL ÚLTIMO REEMBOLSO DE ESE PADECIMIENTO. PASADO ESTE TIEMPO EL PADECIMIENTO SERÁ CONSIDERADO COMO INICIAL, POR LO QUE SE ASIGNARÁ UNA NUEVA SUMA ASEGURADA Y SE APLICARÁ EL DEDUCIBLE Y EL COASEGURO CORRESPONDIENTES.**

L. SERÁ NECESARIO PRESENTAR EL INFORME MÉDICO ACTUALIZADO CUANDO SE REQUIERA.

**M. PARA EFECTOS DE LA PÓLIZA DE EXCESO LOS PADECIMIENTOS INICIADOS ANTES DE LA INSCRIPCIÓN EN LA PÓLIZA NO SERÁN CUBIERTOS, YA QUE ESTA NO CUBRE PREEXISTENCIAS.**

N. PARA RECLAMACIONES QUE AFECTEN LA PÓLIZA DE EXCESOS LA SUMA ASEGURADA NO SE RENUEVA.

**O. LAS FACTURAS PRESENTADAS CON LA SOLICITUD DE REEMBOLSO DEBERÁN ESTAR A NOMBRE DEL TITULAR Y TENDRÁN UNA VIGENCIA DE 365 DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA MISMA; PASADO ESTE PERIODO LAS FACTURAS NO TENDRÁN VALIDEZ PARA EL PLAN.**

Aplica periodo de espera de 12 meses para los siguientes padecimientos: **COLUMNA VERTEBRAL, VESÍCULA Y VÍAS BILIARES, GINECOLÓGICOS, LITIASIS RENAL Y EN VÍAS URINARIAS, INSUFICIENCIA VENOSA, VARICOCELE Y VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, ENDOMETRIOSIS, HEMORROIDES, FISTULAS Y FISURAS RECTALES O PROLAPSOS DEL RECTO, NARIZ O SENOS PARANASALES, GLÁNDULAS MAMARIAS, AMIGDALITIS Y ADENOIDITIS (CIRUGÍA), HERNIAS (INCLUYENDO LAS DE DISCO) Y EVENTRACIONES, CÁNCER DE CUALQUIER ÍNDOLE, COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y CESÁREA (POR CAUSAS AJENAS A LA VOLUNTAD DE LA ASEGURADA, INDISPENSABLE PARA LA SALUD DEL PRODUCTO Y DE LA MADRE)**

\* UNIDAD DE MEDIDA Y ACTUALIZACIÓN VIGENTE.

## **EXCLUSIONES Y LIMITANTES DEL PLAN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (PRGMM)**

**Las exclusiones y limitantes, son los gastos médicos por los cuales el plan no reembolsará ninguna cantidad:**

1. Enfermedades **preexistentes**, entendiéndose como tales:
  - i. Todas aquellas enfermedades que se hayan iniciado con anterioridad a la inscripción del beneficiario en el PRGMM; comprobables mediante el diagnóstico dictaminado por un médico, pruebas de laboratorio, gabinete, histológicas (de tejido orgánico), por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido o basado en el análisis etiológico (de las causas) de la evolución de la historia de la enfermedad.
  - ii. Todas aquellas enfermedades por las que el beneficiario haya hecho gastos, comprobables documentalmente y con anterioridad a la inscripción en el PRGMM, para recibir una atención médica de la misma enfermedad.
  - iii. Todas aquellas enfermedades o complicaciones originadas por tratamientos médicos y quirúrgicos realizados con anterioridad a la inscripción en el PRGMM.
  - iv. Todas aquellas enfermedades que deriven como complicación o que estén relacionados con una patología preexistente (descrita en los incisos anteriores).
2. Plan de reembolso **no ampara parto natural**.
3. Complicaciones propias del **embarazo**, parto natural, abortos, legrados, cualquiera que sea su origen así como sus complicaciones, sin importar la temporalidad que exista entre el evento y la complicación.
4. Gastos relacionados con el **recién nacido** sano.
5. Únicamente se cubrirán las cirugías de **cesárea para los cónyuges y titulares** que tengan más de 12 meses de antigüedad en el PRGMM.
6. Tratamientos o intervenciones de carácter **estético**, tales como: plastia de rectos abdominales, aumento y/o reducción de mamas, cirugía de nariz no funcional, calvicie o alopecia, caspa, dermatitis seborreica, ptosis palpebral (caída del párpado superior), hiperhidrosis primaria o idiopática, lesiones pigmentarias (nevus, verrugas, lunares, melasma, vitiligo, o toda aquella lesión dermatológica que no comprometa la salud del afectado), lipomas (salvo lipomas gigantes y de patrón infiltrativo), tratamiento para cicatrices (excepto en cicatrices que afecten la vida o la función de algún órgano) independiente si estas fueron originadas por un padecimiento cubierto, por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como todo aquel procedimiento médico o quirúrgico que no sea para restaurar la salud o no ponga en peligro la vida del paciente o la viabilidad de un órgano, así como sus complicaciones.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter **estético o plástico**, excepto las reconstructivas que resulten indispensables para recuperar la función de un órgano o extremidad a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos.
8. **Reposición de prótesis** ya existentes a la fecha de cualquier accidente o enfermedad.
9. En caso del tratamiento de cáncer de mama, el plan de reembolso no cubre **procedimientos adicionales** tales como: reconstrucción de complejo areola-pezones, tatuaje, simetría mamaria o algún otro método quirúrgico o médico para armonizar la reconstrucción.
10. Gastos por consultas, seguimiento y tratamientos para atención de obesidad; control, **reducción o aumento de peso** por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
11. No se cubre atención, seguimiento y tratamientos a bases de **nutriólogos, naturistas, naturópatas** o todas a aquellas disciplinas para mejorar hábitos alimenticios.
12. Tratamientos o intervenciones para el **control natal**, por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
13. Tratamientos para **esterilidad y/o infertilidad**, por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
14. Padecimientos **congénitos del empleado y su cónyuge**, (sólo se cubren los padecimientos de hijos nacidos en la vigencia del programa y que se hayan inscrito a este plan, antes de que transcurran 30 días de nacido).
15. Trastornos de **enajenación mental** tales como: nerviosos, estados de depresión, padecimientos psíquicos y psicológicos, somatomorfos, de ansiedad, estrés, disociativos, del estado de ánimo, de la personalidad, psicosexuales, de la conducta alimentaria, alteraciones del sueño, esquizofrenia, drogodependencia, déficit de atención y/o hiperactividad, problemas psicomotores, del lenguaje o del aprendizaje, por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
16. Consultas, tratamientos y seguimientos con **psicólogos y/o psiquiatras**.
17. Gastos por atención médica derivada de **suicidio**, su intento o mutilaciones autoinflingidas.
18. Plan de reembolso **no considera como accidente**, lesiones como:
  - i. Casos que deriven de una acción voluntaria y consciente, como el esguince de columna por levantar objetos pesados, contractura o desgarramiento muscular al realizar movimientos naturales del cuerpo de forma brusca, etc.
  - ii. Casos que deriven de un sobreesfuerzo muscular u óseo, como la contractura muscular al realizar un deporte, fractura por práctica de halterofilia, etc.
19. Padecimientos que resulten de **alcoholismo, tabaquismo o toxicomanías** por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
20. **Anteojos, lentes, lentes intraoculares y aparatos auditivos**, así como honorarios para realizar cálculo y ajuste de estos.
21. Cirugía refractiva (corrección de **astigmatismo, presbiopia, hipermetropía o miopía**), por cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
22. **Vitaminas, minerales, complementos/suplementos alimenticios, antidepresivos, ansiolíticos, productos naturales**, así como todo aquel producto o sustancias que no sean considerados como medicamentos. En caso de atención hospitalaria el plan de reembolso solo cubrirá ciertos suplementos/complementos alimenticios siempre y cuando el padecimiento lo amerite y su uso sea como alimentación complementaria.
23. **En hospital**, el PRGMM no cubre: llamadas telefónicas, renta de películas, gastos para la comodidad del afectado, así como los gastos erogados por acompañante (a excepción de cama extra), gastos por hotel dentro y/o fuera del hospital (cuando el hospital cuente con este servicio), productos odontológicos (cepillos dentales, pasta dental, hilo dental), pañales para niño/adulto, kit de bienvenida, gel antibacterial, pantuflas, toallas, batas, agua embotellada, multivitamínicos, suplementos/complementos alimenticios, ningún tipo de leches, fórmulas o sustitutos de leche materna, productos de perfumería o belleza, medicamentos de autoservicio, estacionamiento, gastos de transporte, alimentos de acompañantes.
24. **Fuera de hospital**, el plan de reembolso no cubrirá: material de curación, protectores cutáneos, placas adhesivas, gel antibacterial, gel térmico, termómetros, baumanómetros, multivitamínicos, pañales para niño/adulto y similares.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos así como sus complicaciones para cualquier **medicina considerada como alternativa o en fase de investigación** (ozonoterapia, medicina hiperbárica, naturistas, macrobióticos, hidroterapia, viscosuplementación, acupuntura, homeopatía, inmunomoduladores, vacunas antológicas, moxibustión, kinesiología, tratamiento de células madres, factor de transferencia) y otros que no estén oficialmente reconocidas por COFEPRIS y/o SSA.
26. Diagnóstico, tratamiento y complicaciones **maxilofaciales, odontológicas, alveolares o gingivales** (endodoncia, paraodoncia), con excepción de accidente cubierto por el plan.
27. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento por servicios de **ortodoncia**.
28. **Prótesis dentales**, con excepción en accidente cubierto por el plan siempre y cuando el tratamiento sea para reponer o restaurar piezas dentales naturales dañadas o perdidas a consecuencia directa del incidente (con excepción de materiales de porcelana, acrílico, zirconio).

29. Gastos relacionados con cualquier método de tratamiento por **problemas en la mandíbula** o la articulación de la misma, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes craneomandibulares o cualquier otra condición que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y su grupo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.
30. Diagnóstico y tratamientos por **trastornos del sueño, de la respiración, uvuloplastias**, síndrome de fatiga crónica, por cuales quiera que sean sus manifestaciones clínicas, así como sus complicaciones.
31. **Circuncisión** de tipo preventivo y profiláctico.
32. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento de **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**.
33. Gastos erogados para verificar **compatibilidad de sangre u órganos** excepto los erogados por el donador seleccionado.
34. Los gastos realizados en calidad de **donante**.
35. **Lesiones ocurridas en riñas** (cuando el titular o beneficiario sea el provocador), **actos delictuosos** o estando bajo el **influjo de alcohol** o cualquier tipo de estimulante. En caso de asalto o riña, se deberá presentar copia certificada de las actuaciones del ministerio público.
36. Lesiones sufridas durante la práctica de cualquier **deporte de manera profesional**, entendiéndose como profesional la persona que recibe cualquier tipo de remuneración por la práctica de algún deporte.
37. No se cubren lesiones por **uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor**, independientemente cual sea su uso.
38. Lesiones que ocurran mientras participe directamente en **pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad**.
39. Lesiones sufridas mientras se encuentre a bordo de aeronaves que no estén debidamente autorizadas para el transporte de pasajeros, con horarios y rutas regularmente establecidos.
40. **Honorarios de segundo ayudante** (excepto en procedimientos quirúrgicos de columna, cadera, rodilla, cerebro, corazón), **instrumentista**, camarógrafos, técnicos radiólogos, perfusionistas y cuidadoras.
41. En caso de **cirugía robótica**, el plan de reembolso limitara los honorarios y renta de equipos empleados de acuerdo al gasto usual acostumbrado para el tipo de padecimiento.
42. Atenciones, procedimientos, tratamientos y/o cirugías de carácter **preventivo o profiláctico**, así como sus complicaciones. En cáncer los tratamientos y/o procedimientos quirúrgicos de carácter preventivo o profiláctico no estarán cubiertos independientemente que los afectados tengan altos factores de riesgo.
43. No se cubren **tratamientos de reposo o descanso**, exámenes médicos generales, estudios de cualquier naturaleza para la comprobación, prevención o revisión periódica del estado de salud, conocidos como "**check-up**". Asimismo, no se cubrirán estudios realizados al beneficiario, que no estén directamente relacionados con el padecimiento que dio origen a una reclamación, aún y cuando sean prescritos por el médico tratante.
44. Procesos biológicos naturales del organismo, como **menopausia, andropausia, disfunción eréctil**, ptosis palpebral.
45. Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de **hipnosis o quelaciones**.
46. **Cualquier servicio no ordenado expresamente por el médico tratante**.
47. **Gastos no relacionados** al padecimiento reclamado y autorizado aun cuando hayan sido prescritos por el médico.
48. No se cubre pago de **deducible, coaseguro y otros gastos no cubiertos, cuando los gastos se hayan presentado en cualquier aseguradora**.
49. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este plan.
50. No se cubre gastos por **servicio a domicilio** (medicamentos, estudios, procedimientos, equipo, aduana, material).
51. No se cubren gastos para la **comodidad** del paciente.
52. **Consulta médica a domicilio**, excepto que sea justificable de acuerdo al padecimiento.
53. Gastos realizados en **establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social, patronatos o cualesquiera otros semejantes**.
54. No se cubre la compra o renta de **grúa para traslado** del paciente en el hogar así como **compra o renta de sillas motorizadas, especiales o de alta tecnología**.
55. Estudios de laboratorio y/o gabinete realizados para **descartar padecimientos** no relacionados con la atención medica reclamada.
56. **Atención con quiroprácticos**, que no sean indicados previamente por un médico, ortopedista y/o medicina del deporte.
57. No se cubre la compra de **zapatos ni plantillas** de ningún tipo.
58. No se cubre **órtesis** para comodidad del paciente.
59. No se cubren **sillas de baño, protectores de yeso & cojines**.
60. No se cubre **accesorios** para sillas de ruedas, andaderas, muletas, cama tipo hospital, colchón especial o cualquier otro equipo cubierto por el plan.
61. **Accidente nariz**, la atención médica tiene que ser dentro de las **primeras 48hrs del** evento y comprobar gastos dentro de los **primeros 5 días** de haber ocurrido el incidente; de lo contrario se dictaminará como enfermedad. Cirugía de nariz por enfermedad aplica coaseguro del 40% y período de espera de 12 meses.
62. En accidentes por **deporte amateur**, será considerada como accidente la primera lesión y las lesiones posteriores causadas por la misma actividad en la misma región del cuerpo, serán consideradas como enfermedad.
63. Lesiones derivadas de un estado de revolución o guerra, insurrección, rebelión, **mítines, marchas**, alborotos populares, manifestaciones o terrorismo, en los que participe directamente.
64. Peluquería, barbería & pedicurista.
65. **Rehabilitación en gimnasios**, deportivos, albercas, lugares de masaje, bicicletas y similares.
66. Honorarios médicos o pago a proveedores **cuando el médico tratante** o proveedor **sea el titular, beneficiario o alguno de los padres, hermanos, hijos, cónyuge o concubinario**.
67. Aplica **tabulador médico** para el pago de honorarios de médicos, aplicando como base el equivalente a 36 veces UMA mensual. El pago de ayudantes y anesthesiólogos por intervención quirúrgica y/o atención médica se distribuirán de acuerdo a lo siguiente: honorarios de anesthesiólogo, se pagará como máximo el 30% y honorarios del primer ayudante, se pagará como máximo el 20%, ambos se pagarán en adición al honorario del cirujano. Cuando en una misma, sesión quirúrgica se practiquen **dos o más operaciones en una misma región del cuerpo**, el PRGMM pagará el importe de la mayor al 100%, la segunda al 50% y las subsecuentes al 25%. Si se efectúa otra intervención en una región distinta los honorarios se pagarán al 50%, siempre y cuando sean precedentes.
68. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento en padecimiento de **acné** bajo suma cubierta limitada a 230 veces la UMA.