



PROCEDIMIENTO DE PAGO DIRECTO PARA SERVICIOS AMBULATORIOS DE EMERGENCIA (PARA SALA DE EMERGENCIA) EN LOS SEGUROS COLECTIVOS DE INS MEDICAL

El pago directo es un proceso mediante el cual, el asegurado acude en caso de emergencia donde un proveedor afiliado a la Red de Proveedores y cuando recibe el servicio sólo debe pagar lo correspondiente al copago, coaseguro y deducible, según corresponda. El Administrador de Servicios Médicos envía al proveedor una autorización del servicio como respaldo del cobro posterior de la factura.

La modalidad de pago directo se brinda únicamente en las atenciones ambulatorias de emergencia y es **exclusivamente** para los asegurados de **Seguros Colectivos de INS Medical (Regional, Internacional y planes obrero-patronales)**.

En el momento que el proveedor recibe un asegurado perteneciente a un colectivo debe comunicarse inmediatamente con el Administrador de Red al teléfono 800-MEDICAL (6334225) para la respectiva autorización.

El asegurado puede coordinar todo su proceso de atención, llamando directamente al Administrador de Red al teléfono 800-MEDICAL (6334225) para la respectiva autorización, de este modo el Administrador de Red se pone en contacto con el Centro Médico elegido por el Asegurado, para que cuando llegue el asegurado no exista ningún problema en atenderse.

Atención en Sala de Emergencia:

Definición de Emergencia de acuerdo con el contrato de seguros: Significa el comienzo repentino o inesperado de una condición aguda, con síntomas severos que requieren tratamiento médico inmediato dentro de las veinticuatro (24) horas del mismo y de naturaleza tal que, de no proporcionarse dicho tratamiento, se arriesgue la vida del paciente o cause deterioro de sus funciones vitales. Solamente serán considerados bajo este concepto, aquellos gastos por servicios médicos prestados en las primeras 24 horas en sala de emergencia, siempre y cuando la enfermedad que origina el estado de emergencia, no sea una enfermedad preexistente, ni se encuentre en período de carencia y no sea un riesgo excluido.

Con respecto a los servicios que se otorgan en sala de emergencia, se definen las siguientes enfermedades o condiciones que cubrirán:

- **Hemorragias provocadas por heridas contusas, punzantes, cortantes o punzocortantes, hemorragia de órganos ORL, hemorragias intracraneanas, intra abdominales, del sistema digestivo alto y bajo, del sistema respiratorio.**
- **Abdomen agudo a causa de enfermedad siempre que no esté excluido y/o en carencia.**
- **Pérdida de conciencia o estado confusional de cualquier causa no relacionada con exclusión.**
- **Quemaduras.**
- **Crisis hipertensiva o diabética no relacionada con exclusión.**
- **Heridas, fracturas, esguinces y luxaciones.**



- **Intoxicación aguda no relacionada con exclusión.**
- **Reacción alérgica aguda no relacionada con exclusión.**
- **Trombosis no relacionada con exclusión.**
- **Crisis convulsiva no relacionada con exclusiones.**
- **Retención aguda de orina no relacionada con exclusión o carencia.**
- **Cuerpos extraños.**
- **Dolor precordial agudo no relacionado con exclusión.**
- **Diarrea o vómito con deshidratación en niños menores de 12 años.**
- **Insuficiencia respiratoria aguda no relacionada con exclusión.**
- **Accidente ofídico o mordeduras de otros animales.**
- **Cefalea aguda intensa no relacionada con exclusión.**
- **Shock (Falla multiorgánica) cuya causa no esté relacionada con exclusión.**
- **Traumatismo severo o politraumatismo no relacionado con el uso de alcohol o sustancias prohibidas, en carencia o riesgos excluidos.**
- **Escroto agudo no relacionado con exclusión o carencia.**
- **Alteración súbita de la visión no relacionada con exclusión.**
- **Cuadro neurológico agudo no relacionado con exclusión.**
- **Complicaciones agudas de cirugía cubierta por la póliza.**
- **Cuadros sépticos moderados y graves.**
- **Complicaciones del embarazo que pongan en peligro al producto o a la madre, siempre que la asegurada tenga activa su cobertura de embarazo.**
- **Fiebre mayor a 38 centígrados en niños menores de 5 años.**

Quedan excluidas del servicio de pago directo todas las emergencias supracitadas que sean preexistentes, se encuentren en período de carencia o excluidas por el contrato de seguros. Si se desconoce el diagnóstico, el Instituto sólo reconocerá la primera consulta clínica y para futuras preautorizaciones se deberá remitir el diagnóstico definitivo.

No se otorgará servicio de pago directo para ninguna otra condición que no esté contemplada en el listado anterior. Además no se ofrece pago directo para “Medicamentos” por tanto, el Asegurado deberá efectuar el pago de los mismos y presentar para el reembolso los requisitos indicados en el contrato de seguros.

De igual manera, cada caso será valorado individualmente, por lo que los proveedores siempre deben comunicarse al Administrador de Red para que el personal de Central Operativa, junto con el personal médico, definan si se trata de una emergencia y procede el pago directo, o bien si el caso debe tratarse en consulta externa, el cual es por reembolso.

Autorización Laboratorios e Imágenes Médicas relacionadas con una Emergencia de las enlistadas anteriormente:

Para otorgar el servicio, el proveedor deberá coordinar con el Administrador de Red con el fin de determinar la necesidad de las pruebas médicas necesarias para el padecimiento.

El proveedor se comunica inmediatamente con el Administrador de Red para solicitar la autorización respectiva y envía la orden médica al correo electrónico autorizacionesins@ins-cr.com.

El Administrador de Red revisa los documentos y notifica al proveedor si se aprueba o no el servicio y envía el documento de aprobación correspondiente.



Si el servicio es autorizado, el cliente deberá asumir únicamente el copago, el coaseguro y/o deducible anual que le corresponda y hacer dicho pago en ese momento al proveedor.

1. Si el servicio no es autorizado, el cliente deberá efectuar pago completo al proveedor y presentar el reclamo para su análisis.
2. El proveedor enviará al Administrador de Red las facturas para el trámite de pago respectivo.

No omitimos aclarar que el procedimiento de pago directo para servicios de cirugía y hospitalarios se mantiene sin ninguna variación, tal como se indica en el contrato de seguros.